

PD ABX-284
11767/

**EVALUACIÓN EXTERNA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL - EL SALVADOR
Y
PROYECTO DE APOYO
USAID - EL SALVADOR**

Informe Final

Dr. Peter Gondrie, KNCV-TBCTA
Lic. Susan Bacheller, USAID-Washington
Lic. Diana Weil, OMS
Dr. Ramón Cruz, OPS

San Salvador, 13-21 noviembre 2001

A

CONTENIDO

	PAGINA
RESUMEN EJECUTIVO	1
INTRODUCCION	5
2.1 Sistema de Salud	6
2.2 Epidemiología de la Tuberculosis en El Salvador	8
2.3 Estructura y Funciones del PCT	11
2.4 Financiamiento del PCT	14
2.5 Detección de casos, diagnóstico y red de laboratorios	18
2.6 Tratamiento y Seguimiento	21
2.7 Logísticos	24
2.8 Sistema de Información y Registros	28
2.9 Supervisión, Monitoreo y Evaluación	30
2.10 Capacitación	34
2.11 Información, Educación y Comunicación	38
2.12 Coordinación Inter-Sectorial	40
2.13 Investigaciones Operacionales	42
2.14 Planes Futuros	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PRINCIPALES	47
 <u>ANEXOS</u>	
A. Términos de Referencia	i
B. Itinerario	vii
C. Responses to Questions Posed in the Scope Of Work (SOW)	viii

RESUMEN EJECUTIVO

Del 13 al 23 de noviembre de 2001 se realizó una Misión de Evaluación Externa del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PCT) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de la República de El Salvador.

El objetivo principal de la evaluación fue obtener información sobre el estado actual del PCT conjuntamente con recomendaciones sobre como sostener los logros obtenidos. El MSPAS utilizará los resultados y recomendaciones de la evaluación para programar el apoyo que esta dando USAID y que terminará en septiembre de 2002. USAID además esta interesada de conocer el desempeño de la OPS y del MSPAS como agentes implantadoras de su apoyo desde el 11 de julio de 1999 y la sostenibilidad de las inversiones hechas.

El trabajo se llevó a cabo por medio de lectura de documentos, entrevistas con personas claves en las diferentes instituciones que participan en el PCT y visitas del campo.

El Equipo de Evaluación hizo las siguientes observaciones:

El Sistema Nacional de Salud se encuentra en proceso de reestructuración en el cual, la conformación de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) es un pilar fundamental. El Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PCT) ha enfrentado el desafío de introducir la estrategia TAES/DOTS (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), adaptándose a la nueva estructura de los SIBASI.

Existe un compromiso político a todos los niveles que se traduce en el pago de los medicamentos anti-tuberculosis y en la voluntad expresada por el nivel más alto del MSPAS de responsabilizarse gradualmente en los gastos personales del equipo central, hasta este momento asumidos por USAID.

El país esta cubierto por una red de laboratorios que funciona con personal capacitado y un equipamiento adecuado. Se realizan controles de calidad con resultados satisfactorios. Las deficiencias son corregidas y el re-adiestramiento se ofrece si es necesario.

La captación de sintomáticos respiratorios se incrementó de 809/100,000 habitantes en 1997 a 885/100,000 habitantes en 2000, superior a la meta internacional de 500/100,000 habitantes. La concentración de laminas examinadas es 2.1 por sintomático con una positividad de 2.4%. El número de casos nuevos positivos muestra una tendencia bajante de 18/100,000 (1998) a 16/100,000 (2000). Lo mismo se observa para el total de casos: de 28/100,000 en 1998 a 24/100,000 en 2000. De acuerdo a los cálculos de la OMS, la tasa de detección de casos nuevos positivos es 55%, pero desafortunadamente no existen estudios de Riesgo Anual de Infección y/o de prevalencia para valorarlo. En la opinión del Equipo de Evaluación la tasa de detección es posiblemente más alta que el 55% estimado, acercándose así a la meta internacional de 70%.

Generalmente los regímenes de tratamiento son respetados en todos los establecimientos, no solamente en el MSPAS, sino también los del ISSS y de los centros penales. El tratamiento es supervisado durante todo el período, en la gran mayoría por el personal de las Unidades de Salud. Sin embargo, en algunos establecimientos se aplica el tratamiento auto-administrado.

En zonas apartadas hay incipientes experiencias con observación por líderes comunitarios y/o promotores de salud.

La tasa de éxito del tratamiento se incrementó de 68.6% en 1997 a 85.0% en 2000. Aunque existen unos errores de registro, eso no influye en el resultado que cumple con la meta internacional. El PCT ha logrado esta mejoría reduciendo las tasas de traslado (de 15.4% en 1997 a 2.2% en 2000) y de abandono (de 11.3% en 1997 a 5.8% en 2000). La reducción de la tasa de traslado se realizó por la implantación de un excelente sistema de referencia entre los diferentes niveles del sistema de salud. La disminución de la tasa de abandono se debe más que todo a la supervisión estricta y acción inmediata cuando un paciente no aparece para la recepción de sus medicamentos. La entrega de una canasta de alimentos como incentivo para el cumplimiento estricto con el tratamiento también tiene un impacto positivo.

La tasa de mortalidad es cerca del 6% en los últimos tres años, una tasa relativamente alta. El Equipo de Evaluación consideró como una posible causa, la referencia tardía de los pacientes VIH+ para su diagnóstico y tratamiento.

El Equipo de Evaluación evidencia que los tratamientos siempre estuvieron disponibles para los pacientes. Los medicamentos son comprados con fondos propios del Gobierno. Los SIBASI (con el apoyo del equipo central del PCT) hacen anualmente una estimación de las cantidades necesarias. Esta estimación se hace todavía con base al número de Sintomáticos Respiratorios estimados y no al número esperado de pacientes con TB. Eso ha resultado en un sobre-estoque de algunos medicamentos y un riesgo de vencimiento antes de su uso. La licitación está restringida para compañías nacionales y resulta en precios superiores a los precios pagados en este momento en el mercado internacional. El MSPAS está gestionando para iniciar compras por medio del Fondo Rotatorio de la OPS y reducir los costos. Adquisiciones por este Fondo crea la posibilidad de comprar medicamentos combinados, una forma recomendada por la OMS, pero todavía no disponible en El Salvador.

El PCT ha realizado con éxito la implantación integral del sistema internacional de registro y notificación. Ha incluido en este sistema algunos elementos adicionales que le permite monitorear y evaluar con detalle el desarrollo del Programa. El análisis de los datos se hace en reuniones trimestrales al nivel operacional y en reuniones semestrales de evaluación al nivel de los SIBASI. En general, existe un conocimiento adecuado en todos los niveles sobre los elementos claves del sistema.

Ha sido posible conformar un equipo de seis personas al nivel central del PCT. Tres de estos recursos son pagados con los fondos del USAID y tienen una dedicación exclusiva para el programa. Su permanencia ha tenido un buen impacto al desarrollo del programa y muestra la necesidad de tener personal exclusivo para los programas especiales de prioridad. La conclusión del apoyo de USAID en septiembre 2002 requiere una transferencia de contratación del personal actualmente pagado por USAID. Esta transferencia va a contribuir a la sostenibilidad del programa a mediano plazo.

Todo el personal de salud a nivel nacional, SIBASI y local ha recibido capacitaciones sobre la estrategia TAES y las normas del PCT según un Plan de capacitación. El equipo del nivel central también ha organizado capacitaciones para el personal del ISSS, los médicos y

enfermeras de las cárceles y del sector militar y los docentes de las Universidades y Escuelas de enfermería. Personal del nivel central y algunos SIBASI ha participado en cursos internacionales. Las capacitaciones han tenido un impacto positivo en los conocimientos, actitudes y habilidades del personal. La mayor carga de las capacitaciones en 2001 pesa todavía sobre el equipo del nivel central, aunque equipos de los SIBASI ya recibieron sus cursos en el 2000.

La misma apreciación es válida con respecto a la supervisión: Un mejoramiento considerable en la cobertura y calidad de las supervisiones pero la mayor carga está con el equipo del nivel central. Una observación adicional es que los equipos escriben los informes de supervisión, pero estos no siempre son disponibles en los niveles periféricos.

Existen planes para la conformación de Equipos Regionales de Supervisión. Todavía no estuvo claro cómo el papel de estos equipos se relaciona con las responsabilidades de los equipos al nivel de los SIBASI.

La coordinación con otros programas y sectores muestra un panorama diverso.

La coordinación con los hospitales se ha mejorado mucho. El sistema de referencia y contrarreferencia funciona y los hospitales siguen las normas del PCT. El Hospital Neumológico, centro de referencia nacional, funciona como centro de tratamiento para los pacientes con tuberculosis multi-resistente.

También con el ISSS, los Centros Penales y la Sanidad Militar existen buenas formas de coordinación. Su personal ha participado en cursos de capacitación, existen sistemas de notificación y las instituciones participan en el Comité Asesor Central.

La coordinación con las Universidades y las Escuelas de Enfermería es un ejemplo: Capacitación del personal docente en las normas nacionales del PCT e inclusión de las mismas en la curricula regular.

Sin embargo, la coordinación con el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA todavía no es adecuado, resultando en la ausencia casi total de referencia y contrarreferencia de pacientes y a consecuencia de ello, la detección y atención tardía de los pacientes con SIDA y TB. También existen limitaciones en el acceso a la prueba VIH.

El componente de IEC se ha desarrollado desde la base. En muy poco tiempo se han publicado mensajes por varios medios, disponibles en todos los centros asistenciales en el país del MSPAS. Se han capacitado el personal adecuadamente en su uso y ha generado una sensibilización en la comunidad bastante favorable para continuar las actividades del programa. Falta mencionar en los mensajes los otros sectores con los cuales el programa coordina.

El PCT está impulsando varios estudios operacionales, relevantes para guiar el futuro desarrollo del programa. No siempre se ha utilizado la experticia internacional disponible para escribir los protocolos de los estudios resultando en algunas fallas metodológicas.

El programa se ha beneficiado de una gran cantidad de asistencia técnica de buena calidad tanto para la implantación general de la estrategia TAES, el laboratorio como la capacitación. La OPS ha administrado los fondos de USAID en forma transparente. La comunicación entre OPS-El Salvador y USAID-El Salvador no siempre ha sido oportuna.

El equipo de Evaluación concluyó:

- El PCT ha realizado una implantación rápida y de muy buena calidad de la estrategia TAES - DOTS;
- El apoyo de USAID, canalizado y garantizado a través de la OPS, ha tenido un impacto positivo e importante;
- Los desafíos futuros para el PCT incluyen la continuación del buen desarrollo y un refuerzo donde será necesario, la adaptación al cambiante sistema de salud y la sostenibilidad del programa a mediano plazo.

El Equipo de Evaluación hizo una gran cantidad de recomendaciones específicas para el mejoramiento de los diversos componentes. Las recomendaciones principales son:

- Mantener la continuidad del equipo central del PCT;
- Adaptar el PCT a la situación cambiante, con enfoque sobre responsabilidad para la capacitación y supervisión;
- Efectuar y profundizar la coordinación con ITS/VIH/SIDA;
- Realizar el estudio nacional de RAI;
- Garantizar el Control de calidad de la red de laboratorios TB;

El Equipo de Evaluación finalmente recomendó formular un Plan a Mediano Plazo 2002-2005, un Plan a Corto Plazo 2002 y un Plan Proyecto USAID hasta septiembre 2002.

INTRODUCCIÓN

- Del 13 al 23 de noviembre de 2001 se realizó una Misión de Evaluación Externa del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PCT) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de la República de El Salvador.
- El objetivo principal de la evaluación fue obtener información sobre el estado actual del PCT conjuntamente con recomendaciones sobre como sostener los logros obtenidos. El MSPAS utilizará los resultados y recomendaciones de la evaluación para programar el apoyo que esta dando USAID y que terminará en septiembre de 2002. USAID además esta interesada de conocer el desempeño de la OPS y del MSPAS como agentes implantadoras de su apoyo y la sostenibilidad de las inversiones hechas. Los Términos de Referencia se encuentran en el Anexo A.
- El equipo de evaluación estuvo integrado por la Licda. Susan Bacheller (USAID-Washington), la Licda. Diana Weil (OMS) y el Dr. Peter Gondrie (KNCV-TBCTA) quien actúa como Jefe del Equipo. El Dr. Ramón Cruz (OPS) participó desde el 17 de Noviembre como persona de información. El trabajo del Equipo se realiza dentro del Acuerdo entre USAID Washington y la Coalición de Tuberculosis para la Asistencia Técnica (TBCTA).
- El trabajo se llevó a cabo por medio de lectura de documentos, entrevistas con personas claves en las diferentes instituciones que participan en el PCT y visitas del campo. El itinerario de la evaluación está en el Anexo B.
- Este informe sigue la estructura del documento 'Guía de Evaluación para un Programa Nacional de Tuberculosis' de la OMS. El Capítulo 2 contiene las principales Observaciones, las Conclusiones y Recomendaciones principales están en el Capítulo 3.
- En el Anexo C están las respuestas a las preguntas específicas de los Términos de Referencia. El Anexo se adjuntó en la segunda versión de julio 2002 por solicitud de USAID-El Salvador.
- El Equipo desea agradecer a USAID-El Salvador, al MSPAS y a la OPS por la invitación.
- Extiende su agradecimiento a todas las personas de las instituciones y establecimientos de salud que han dedicado tiempo para entrevistarse con los miembros del Equipo. El agradecimiento especial se dedica al Equipo de gestión del PCT que ha acompañado al equipo de Evaluación durante todas las visitas y ha dado todo el apoyo logístico requerido. Además, el equipo agradece la forma abierta en que ha facilitado toda la información solicitada sobre el PCT y por su amistad.

2.1 SISTEMA DE SALUD

- El MSPAS ha definido su Política de Salud, inmersa en la Alianza Solidaria y la Alianza por la Seguridad del programa de Gobierno 1999-2004, como: "Mejorar el nivel de salud y de vida de la población salvadoreña, propiciando las condiciones de eficiencia, eficacia, equidad, calidad y calidez, en la provisión de los servicios haciendo énfasis en el enfoque de atención integral y tomando como estrategia básica la participación activa de todos los actores sociales y las necesidades de la comunidad". Todo ello podrá cumplirse mediante la conformación de los Sistemas Básicos de Salud Integral, SIBASI.
- El SIBASI es la Estructura Básica descentralizada para la gestión y provisión de servicios en el Sistema Nacional de Salud, fundamentada en la Atención Primaria en Salud, que mediante la prestación de servicios integrales de salud en el Primer y Segundo Nivel de atención, la participación ciudadana consciente y efectiva, y la corresponsabilidad de otros sectores, contribuye a mejorar el nivel de salud y bienestar de una población definida.
- El SIBASI cuenta con un área geográfica y una población delimitada.
- El SIBASI esta conformado por:
 - A. Un equipo gerencial multi-disciplinario.
 - B. Actores sociales claves.
 - C. Una red de servicios.

La conformación de los SIBASI's forma parte del proceso de Reforma en Salud. Existen 28 SIBASI's en los 14 Departamentos. La red cuenta con 30 hospitales y 358 Unidades de Salud.

En los capítulos siguientes están escritas las estrategias y objetivos del PCT. Estas estrategias concuerdan con los objetivos generales de la reforma: Mejorar el acceso y la utilización de los servicios; mejorar la contribución de la comunidad en las actividades de prevención y control; mejorar la calidad de los servicios, y explicitar los resultados esperados y mejorar la capacidad para medirlos.

Cabe destacar que dentro del Componente de Atención Integral en Salud / Sub-Componente Garantía de la Calidad se define como actividad del SIBASI "Diseñar e implementar instrumentos de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos". No está claro como eso se relaciona con las responsabilidades y actividades de la Dirección de Aseguramiento de la Calidad y de los Equipos Técnicos de Zona.

Recomendaciones:

- *Aplicar indicadores como Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios (SR) Identificados, Tasa de Incidencia Anual de Nuevos Pacientes BK+ y Tasa de Tratamiento Exitoso en Nuevos Pacientes BK+ para monitorear el impacto del*

proceso de la Reforma en Salud y permitir procesos de adaptación/corrección en caso necesario.

- *Utilizar la experiencia ganada por el equipo nacional para contribuir activamente a la reforma del sector y la planificación de las actividades.*

2.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN EL SALVADOR

El Programa Nacional de Control de TB (PCT) no dispone de información actualizada en relación a la prevalencia e incidencia por TB, las últimas encuestas nacionales encaminadas a establecer el riesgo anual de infección por TB (RAI) fueron impulsadas por OPS/OMS en la década del 60. La OMS estima el RAI en 1% y en 1999 la OMS consideró que el porcentaje de detección de casos nuevos bacilíferos alcanzó el 55% (estimando un número de 1,849 casos). Esta estimación tiene su base en un modelo general y en datos de países cercanos donde la situación de tuberculosis puede diferir substancialmente.

El PCT de El Salvador notificó en el año 2000 un total de 1,485 casos de todas las formas de TB con una tasa de 28 y 1,008 bacilíferos nuevos con tasa de 18 por 100,000 habitantes respectivamente (ver tabla No 1) En los últimos cuatro años, la tendencia de la notificación del total de casos TB ha disminuido en 11%, mientras que las formas BAAR(+) se ha incrementado en 14%. Estos cambios podrían explicarse por una mejoría en el sistema de registro y notificación del PCT y por el fortalecimiento del programa y la red de laboratorios de baciloscopia.

La distribución porcentual de todas las formas de TB refleja que las formas nuevas con BAAR(+) giran alrededor del 53% al 68% del total, las formas pulmonares negativas se han disminuido paulatinamente, mientras que las recaídas y extra pulmonares se comportan en un rango aceptable, sin embargo el PCT todavía no está utilizando los datos disponibles sobre los fracasos y abandonos recuperados.

Tabla #1: Notificación de los casos de TB y su distribución porcentual según sus categorías. El Salvador 1997-2000

Años	BAAR (+) %		BAAR (-) %		Recaídas %		Pulmonar %		ExPulm %		Total
1997	882	53	610	37	58	3	1,55	93	112	7	1,66
1998	1,07	63	426	25	85	5	1,581	93	122	7	1,7
1999	1,023	63	384	24	78	5	1,485	91	138	9	1,62
2000	1,008	68	278	19	90	6	1,376	93	109	7	1,49

En relación a la distribución de los casos nuevos BAAR(+) por grupos de edad y sexo, esta muestra un comportamiento típico de los países con mediana y baja incidencia de TB, concentrándose los casos entre las edades de 15 a 65 años de edad con un pico para los mayores de 40 años, mientras que la relación hombre: mujer de los casos bacilíferos fue aproximadamente 1.2 a 1.

En la tabla #2 se puede observar que la tasa de incidencia superior al promedio nacional están ubicadas en Santa Ana y Cuscatlán, sin embargo, aproximadamente la tercera parte de los enfermos con TB son diagnosticados en los distritos de San Salvador.

Tabla #2: Distribución del total de casos TB y bacilíferos nuevos por departamentos, El Salvador, 2000

Departamentos	TB-total	Tasa/100,000 hab	BAAR(+) nuevos	Tasa/100,000 hab
Morazan	22	12.7	20	11.5
Cabañas	21	13.7	13	8.5
Cuscatlan	73	35.0	40	19.1
La Unión	48	16.6	38	13.1
Chalatenango	47	23.9	39	19.8
San Vicente	43	26.7	19	11.8
La Paz	40	13.7	25	8.6
Ahuachapan	57	17.8	49	15.3
Usulután	79	23.3	51	15.0
La Libertad	132	19.4	84	12.3
Sonsonate	120	26.7	110	24.4
San Miguel	100	20.8	61	12.7
Santa Ana	184	33.4	106	19.2
San Salvador	452	22.8	295	14.8
El País	1,485	28.0	1,008	19.0

Todavía hay diferencias considerables entre la tasa de BAAR(+) en relación a TB-total en los diferentes departamentos, sugiriendo que por el inicio reciente de las actividades de DOTS hay espacio para mejorar el proceso diagnóstico.

El PCT dispone de información sobre los fallecidos con y por TB ocurridos en los hospitales nacionales. Los registros mencionados indicaron una reducción de la mortalidad a partir de

1995 con 110 casos (tasa 1.9) y solo 53 en 1999 (tasa de 1.2 por 100,000 habitantes). La mortalidad por TB podría reflejar a nivel nacional un sub-registro aproximado del 40%. Por otro lado, los resultados de tratamiento por cohortes indicaron en 1999, que fallecieron durante el tratamiento anti TB un 6.3% de los evaluados. Este último dato sugiere ciertas deficiencias en la detección temprana de los pacientes, acompañada de inicio tardío del tratamiento específico, o bien, el programa está recibiendo el efecto negativo de la asociación VIH/SIDA y TB.

Respecto a la combinación dual de las infecciones por VIH/SIDA, el MSPAS no dispone de datos provenientes de encuestas representativas, no obstante, el PCT está realizando pruebas de diagnóstico del VIH entre los enfermos con TB que ingresan al programa y la recolección y análisis de la información registrada está en proceso. Informes previos del PCT indicaba que la prevalencia del VIH en enfermos TB fue del 2.9% y el porcentaje de pacientes TB con VIH/SIDA se ha incrementado desde el 2.7% en 1995 (19/707), hasta 15% en el año 2000 (78/512). Este incremento es alarmante y se lo discute más profundamente en el capítulo sobre la coordinación con el programa ITS/VIH/SIDA.

La resistencia microbiana a los fármacos anti TB no había sido estudiada anteriormente con profundidad. Atendiendo recomendaciones de OPS/OMS y de UICTER, en el 2001 fue iniciado un estudio nacional y representativo a fin de conocer la resistencia primaria y MDR-TB a los medicamentos esenciales contra la TB. Hasta la fecha han sido procesadas 459 cepas de *Mycobacterium tuberculosis*, de ellas, 395 para resistencia primaria y 64 cepas correspondientes a resistencia secundaria.

El total de cepas conocidas reflejaron un 5.8% de resistencia primaria (23/395) y de forma preliminar, la MDR-TB correspondió a 0.5%. Es importante mencionar que la resistencia secundaria no se ha podido determinar satisfactoriamente debido a la baja participación de enfermos antes tratados (total 64 hasta la fecha), indicando una resistencia secundaria del 10.9%.

El PCT informó que 13 pacientes con MDR-TB están recibiendo tratamientos especiales en el hospital de Neumología.

Se puede concluir que la tuberculosis sigue siendo un problema serio de la salud pública en El Salvador, especialmente en relación al incremento de la co-epidemia de VIH/SIDA. Los resultados del PCT (como escritos en los capítulos siguientes) ofrecen una buena oportunidad de controlar la epidemia y mejorar la situación de salud de la población y particularmente de la población pobre.

2.3 ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL PCT

La dirección del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PCT) está jerarquizado por la Dirección de Atención Integral en Salud., y bajo la dirección de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Los tres niveles del MSPAS – nacional, departamental o SIBASI, y local - tienen varias funciones con respecto al PCT.

Nivel Nacional

El equipo nacional está conformado por de seis personas: Dr. Julio Garay Ramos, Jefe del PCT; Lic. Laura Edith Ramos, Técnica Colaboradora del PCT; Lic. Margarita Ramírez, Jefe del la Sección de Laboratorio – Tuberculosis; Dr. Matías Humberto Villatoro Reyes, Técnico Supervisor del PCT; Lic. Marta Isabel de Abrego, Técnica Colaboradora del PCT; Lic. René Guevara Hernández, Supervisor de Laboratorio al nivel nacional del PCT. Actualmente tres personas - Dr. Villatoro Reyes, Lic. Guevara Hernández, y Lic. Abrego están financiados por fondos del proyecto de USAID. Además, existe un Comité Nacional de asesoría al PCT que incluye representantes del MSPAS, ISSS y varias instituciones involucradas en el control de la TB y la implantación de la estrategia TAES.

El programa y el equipo nacional tienen las siguientes funciones:

- El desarrollo y la dirección de las estrategias nacionales en lo relacionado con el control de la TB;
- Dirigir y orientar la aplicación a nivel nacional del PCT;
- Elaborar, modificar, y actualizar las normas operativas para ser ejecutadas por los diferentes niveles;
- Elaborar periódicamente los informes sobre la situación epidemiológica de la TB y los resultados del programa;
- Coordinar las actividades del PCT con todas las dependencias del MSPAS;
- Coordinar con instituciones como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Hospital Militar, Patronato Nacional Antiuberculosis, Asociación Salvadoreña de Neumología, Organización Panamericana de la Salud, Facultades de Medicina, Centros Penales, Clínicas Municipales y otros;
- Preparar el plan y presupuesto anual para el programa, incluyendo los medicamentos e insumos de laboratorio;
- Promover y orientar investigaciones operativas en los diferentes componentes del PCT;
- Supervisión del PCT al nivel de los departamentos o SIBASI's;
- Establecer y fortalecer la coordinación con las instituciones profesionales en salud;y
- Velar por que la medicina privada cumpla la normativa del PCT.

Además de estas funciones, el Laboratorio Central tiene la responsabilidad por las siguientes actividades:

- Servir de laboratorio de referencia nacional del PCT;
- Efectuar los estudios de sensibilidad y de tipificación de las cepas solicitadas para los

- laboratorios del país;
- Capacitación del personal de laboratorio en todos los niveles;
- La supervisión del laboratorio en el nivel departamental o SIBASI y dar las pautas para la supervisión de los niveles locales;
- Realizar control de calidad del diagnóstico de TB a los laboratorios que están integradas en la red nacional de baciloscopia;
- Recopilar y consolidar la información estadística cuantitativa y cualitativa de los exámenes realizados por la red de laboratorios; y
- Prestar asesoramiento en el nivel institucional e inter-institucional en la adquisición distribución de equipos y materiales para la ejecución de las técnicas.

Nivel SIBASI

A nivel departamento o SIBASI existe un equipo coordinador de PCT. El equipo consiste en un medico coordinador del programa, una enfermera, un educador en salud, y el estadístico. Además de TB, estos equipos son responsables por diez u otros programas más, así como VIH/SIDA, atención de madres y niños, PAI, AEIPI, etc. Ya no se contempla personal de laboratorio clínico en los equipos de SIBASI.

Las funciones del equipo coordinador incluyen las siguientes:

- Cumplir las normas del programa nacional, mediante su adopción, adaptación y divulgación en todos los establecimientos del departamento o SIBASI;
- Establecer, revisar y consolidar la programación anual en su departamento;
- Evaluar el programa y efectuar una reunión trimestral para analizar y consolidar los informes y el análisis de cohorte;
- Capacitación y supervisión del PCT en su territorio según la periodicidad que sea necesaria y/o que establezca el PCT;
- Coordinar con ISSS y otras instituciones las acciones de vigilancia y control de la TB;
- Planificar, supervisar y evaluar las actividades del PCT en los niveles locales periódicamente; y
- Promover, realizar y participar en cursos de capacitación para mantener actualizado al personal médico del departamento en todos los aspectos del programa.

Nivel local

Finalmente, el nivel local consiste de hospitales, unidades de salud y casas de salud y comunidades. La dirección del programa al nivel local corresponde al director del establecimientos de salud. En base a los recursos disponibles, los establecimientos de salud tienen un equipo local que incluye un médico, la enfermera supervisora y la auxiliar de enfermería, el laboratorista, la educadora y la trabajadora social. El equipo del nivel local es responsable para la implantación de las normas del PCT. Las actividades incluyen lo siguiente:

- Prevención, detección de casos, investigación de contactos, diagnóstico y tratamiento;
- Mantener el sistema de información (llenar PCT 2, PCT 4, PCT 5);

- Actividades educativas al enfermo, sus familiares y promoción en la comunidad;
- Actividades de capacitación en servicio;
- Coordinar actividades de control y vigilancia de TB con los promotores de salud y colaboradores voluntarios;
- Preparar informes trimestrales de ingreso de casos de TB y análisis por cohorte;
- Coordinación con otras instituciones;
- Desarrollar reuniones trimestrales con todo el equipo de apoyo para intercambiar información;
- Efectuar visitas domiciliarias y estudios de contactos;
- Revisar los registros y tarjetero para comprobar la correcta aplicación de las normas terapéuticas y de diagnóstico.

Además, el laboratorio al nivel local tiene las siguientes responsabilidades:

- Efectuar las baciloscopias solicitadas, enviar las laminas periódicamente al nivel superior para el control de calidad;
- Registrar los resultados de baciloscopia;
- Llenar los resultados de laboratorio en el instrumento PCT 4 (Libro de Laboratorio); y colaborar con los estudios de cohorte.

Recomendaciones:

- *Mantener el equipo nacional en su composición actual para garantizar la continuidad de las actividades de apoyo, monitoreo y desarrollo técnico como una contribución indispensable para la buena implantación de las actividades en el nivel de SIBASI.*
- *Mantener la colaboración excelente en el nivel nacional entre el PCT y el Laboratorio Central y los responsables de Comunicación, Adquisición y distribución, Epidemiología y Estadísticas.*

2.4 FINANCIAMIENTO DEL PCT

A. HALLAZGOS

En general, los avances importantes en la reestructuración y resultados del Programa de la Prevención y Control de la Tuberculosis (PCT) están relacionados con el incremento en el financiamiento disponible directamente para actividades de gestión, administración y actividades técnicas del programa.

El PCT está bajo la responsabilidad fiscal del MSPAS y su presupuesto general. No existe un rubro especial en el presupuesto del Ministerio para el PCT. Tampoco existe un rubro especial para el abastecimiento de anti-fímicos – estos medicamentos están comprados por licitaciones generales para medicamentos esenciales del sector público. Sin embargo, el MSPAS ha hecho una estimación de la inversión del Ministerio en el control de la tuberculosis para año fiscal 2001: aproximadamente 0.7% del presupuesto total de la institución o US\$ 1.7 millones se destinan al control de la enfermedad. Esta estimación incluye el costo de la dedicación de trabajo por toda categoría del personal de salud, medicamentos y otro insumos y equipamiento, una proporción del mantenimiento de vehículos, y algunas actividades.

Existen puestos pagados por el Ministerio: El médico director del PCT (que además tiene carga de tres programas adicionales), la jefa de la laboratorio nacional de referencia para la tuberculosis, un técnico de laboratorio, un educador en salud, y personal administrativo. El MSPAS no tiene plazas para otro personal del nivel central actualmente financiado por USAID (vea el próximo capítulo). No hay ningún personal dedicado el 100% del tiempo al nivel de SIBASI o operacional. El personal restante involucrado en el programa (médicos, epidemiólogos, enfermeras, auxiliares, promotores, técnicos de laboratorio etc.) están pagados con recursos generales de MSPAS para cumplir con múltiples funciones, incluyendo la prevención y control de la tuberculosis.

Como se explica en el capítulo sobre la logística del programa, la compra de medicamentos, de muchos insumos básicos del laboratorio y del programa está asumida por el MSPAS. Toda la infraestructura para la oferta de servicios de diagnóstico y control de la tuberculosis está dentro los sistemas de salud del primer, segundo y tercer nivel de complejidad. El PCT ya esta bien “horizontalizado” dentro el sistema de salud.

Actualmente, la única fuente de apoyo externo de importancia para el control de la tuberculosis en El Salvador es USAID (ver el siguiente capítulo). El presupuesto regional de la OPS/OMS para el control de transmisibles ha ofrecido apoyo en 2000 y 2001 para visitas de un asesor técnico para colaborar con el PCT en el monitoreo y la evaluación de actividades, y para la participación del jefe de PCT en una reunión sobre la evaluación de PCT en 2000 en México. El Programa Regional de TB/OPS/OMS en Washington, ha

programado apoyo de este tipo para el 2002.

B. ROL DE USAID

El refortalecimiento del PCT en los últimos dos años tiene mucho que ver con el apoyo externo ofrecido por el proyecto de USAID, ejecutado por la OPS/OMS. El proyecto comprende desde el 1 de julio de 1999 hasta el 30 de septiembre de 2002 y ofrece US\$ 1.4 millones de apoyo financiero al PCT. La evidencia actual del impacto de este apoyo está referida dentro de cada una de los capítulos que siguen esta. Este financiamiento está ofrecido dentro un acuerdo regional entre USAID/Latin American and Caribbean Bureau y la sede de la OPS/OMS en Washington. La OPS/OMS recibe un pago de 13% del total de proyecto (nivel estandarizado) para cubrir los gastos indirectos de gestión y administración del proyecto. El Representante de la OPS/OMS y el epidemiólogo, con apoyo administrativo y financiero, manejan los recursos del proyecto en colaboración con los responsables dentro de la oficina de salud de USAID in San Salvador y MSPAS (con un Comité del Proyecto formado por personal del PCT y otras oficinas implicadas). El registro de gastos esta hecho dentro del sistema financiera de la OPS/OMS con comunicación continua (por internet) entre la sede en Washington y OPS/OMS in San Salvador. El MSPAS entrega informes trimestrales al USAID sobre actividades hechas con recursos del proyecto. OPS/OMS/El Salvador entrega trimestralmente informes financieros a OPS/OMS en Washington y puede producir informes al cualquier momento por el sistema computerizado disponible.

El equipo evaluador concluye que la comunicación y coordinación para controlar el buen uso de fondos y monitoreo de resultados está suficientemente establecida entre las oficinas involucradas aunque se puede fortalecer la temprana comunicación escrita y oral entre OPS/OMS/Washington y la oficina regional de USAID/Washington, y lo mismo al nivel de sus contrapartes en el país.

En adición, USAID y sus colaboradores técnicos han dado oportunamente respuestas a las prioridades y preocupaciones expresadas por el MSPAS.

En cuanto a los gastos a la fecha (13/11/01), vea la table3. Se nota que el proyecto oficialmente empezó en Julio 1999 pero que no se iniciaron obligaciones antes de 2000.

Tabla #3: Gastos del proyecto USAID hasta 13/11/2001

Monto total disponible 7/1999- 9/2002	Monto programado al 13/11/01	Monto obligado al 13/11/01	Monto disponible para obligar*
US\$ 1,466,086	US\$ 1,439,575	US\$ 1,117,996	US\$ 348,090

*no incluye una estimación de ahorros potenciales dentro de fondos obligados pero no gastados debido a mejor eficiencia de compra u organización de actividades por el PCT

Tabla #4: Distribución por componente del Proyecto USAID en 2000

Componente	Monto US \$	%
Promoción de la salud (IEC)	268,319	55
Capacitación	86,966	18
Equipo y suministro	82,145	17
Investigación	20,470	4
Supervisión	19,255	4
Asesorías técnicas	12,241	2
Total	\$ 489,421	100

Tabla #5: Distribución del apoyo financiero del proyecto de USAID en 2001

Componente	Monto US \$	%
Promoción de la salud (IEC)	3,62100318349e+32	4e+08
Capacitación	.	.
Equipo y suministro	.	.
Investigación	.	.
Supervisión	.	.
Asesorías técnicas	.	.
Total	\$967,939	100

Los responsables de la OPS/OMS en El Salvador no encontraron dificultades en el manejo de los fondos de este proyecto. El equipo del PCT nota el esfuerzo necesario de organizar, justificar y procesar solicitudes del uso de recursos pero no ha visto ningún inconveniente en el proceso por el hecho de que el rendimiento y la eficiencia del proyecto han sido altos.

Un área que cuesta mucha comunicación entre cada SIBASI, el PCT y la OPS/OMS es la documentación para el financiamiento de las canastas básicas para los pacientes adherentes en tratamiento (vea el capítulo 2.6 sobre el seguimiento del tratamiento) que se debe presentar cada mes. Por el hecho que este proceso involucra la entrega de fondos a las unidades de salud, con posibilidades de diversión o mal-uso sin auditoría adecuada, parece que el proceso funciona bien y por eso justifica los esfuerzos requeridos.

El equipo evaluador no dispone de información sobre posibles otros fuentes (internos o externos) para aumentar el financiamiento del PCT (por ejemplo, proyectos bilaterales o multilaterales con el Gobierno de El Salvador para apoyar al sector de salud: La reparación y el fortalecimiento de la infraestructura después de los terremotos y/o la implantación del nuevo sistema integral de salud).

Recomendaciones

- *Para la continuación del desarrollo eficiente y del éxito de las actividades de control de la tuberculosis en El Salvador, el Gobierno Salvadoreño debe hacer explícito sus compromisos financieros hacia los gastos estimados para los próximos 5 años. Para informar y estimular otras fuentes de apoyo, sería útil para MSPAS de presentar su estimación de gastos anuales actuales (en términos de gastos para cubrir el personal involucrado, infraestructura, medicamentos, otros insumos etc.)*
- *A fin de ofrecer lecciones aprendidas para otros proyectos, la OPS/OMS podría presentar un informe escrito sobre de las acciones más fáciles y las más difíciles en la ejecución del proyecto y recomendaciones para mejorar, aun más, la eficiencia de planificación, conducta y monitoreo del uso de recursos.*
- *Para movilizar recursos para la sostenibilidad del PCT en el mediano plazo, el PCT debe desarrollar un plan estratégico en detalle para 2002-2006 con estimación explícita de los recursos disponibles de diferentes fuentes y la brecha, y la evolución de apoyo técnico y financiero durante el proyecto propuesto.*
- *El nivel central del MSPAS puede continuar colaborando con los SIBASI's para mejorar sus capacidades en la gestión de los servicios y en la preparación y monitoreo de presupuestos.*

2.5 DETECCION DE CASOS, DIAGNOSTICO Y RED DE LABORATORIOS

A. Política, métodos y resultados del proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico sigue las recomendaciones internacionales de identificar Sintomáticos Respiratorios (SR) entre las personas que solicitan atención médica por cualquier causa y hacerles 3 baciloscopias. Aquellos casos SR con sintomatología persistente, en quienes la baciloscopia inicial resulta negativa igual que la baciloscopia de repetición, después de un tratamiento con antibióticos de amplio espectro, deben ser referidos al nivel superior para su diagnóstico.

La Tabla 6 muestra los resultados de este proceso.

Tabla #6: Sintomáticos Respiratorios, Número de Baciloscopias y Positividad, 1997-2000.

AÑO	SR	No. Bk	CONC. BK	BK+	Positividad
1997	46,824	85,475	18	940	20
1998	48,584	94,325	19	1,155	24
1999	52,26	107,14	21	1,101	21
2000	54,165	115,181	21	1,09	20

SR: Sintomático Respiratorio; Bk: Baciloscopia; CONC. Bk: Numero de Bk por SR; Bk+: Numero de pacientes con Bk positiva.

El número de SR sigue aumentando año por año. La concentración de la baciloscopia es aceptable.

La positividad es baja pero más o menos estable con el numero creciente de SR.

En la siguiente tabla está el numero de pacientes diagnosticados por diferentes categorías.

Tabla #7: Pacientes notificados por diferentes categorías plus tasas, 1997-2000.

AÑO	N+	N-	R	EP	TOTAL	Tasa N+	Tasa Total
1997	882	610	58	112	1,662	15	28
1998	1,07	426	85	122	1,703	18	28
1999	1,023	384	78	138	1,623	17	26
2000	1,008	278	90	109	1,485	16	24

N+: Pacientes nuevos baciloscopia positiva; N-: Pacientes nuevos baciloscopia negativa; R: pacientes recaídas; EP: pacientes extra-pulmonares; Tasa: Tasa por 100,000 habitantes.

La tasa de notificación para el total de pacientes con tuberculosis tiene una tendencia hacia el descenso, igual como la tasa de pacientes nuevos con Bk+.

La OMS calcula una incidencia de 1849 pacientes nuevos con Bk+ para el año 1999, significando

una tasa de detección de 55%. No existen estudios de prevalencia y/o de Riesgo Anual de Infección para validar este calculo.

B. Organización de la red de laboratorios y control de calidad

La red de laboratorios cuenta con 127 laboratorios de Tipo I (capacidad para baciloscopia), 4 de Tipo II (capacidad para cultivo) y 1 de Tipo III (capacidad de sensibilidad y tipología).

El Laboratorio Central de Referencia ha sido acreditado para la OMS para hacer los estudios de resistencia.

Desde 2001 esta implantando el Estudio de Resistencia (ver Capítulo 2.2 y 2.13 para una discusión detallada).

Otra responsabilidad del Laboratorio Central de Referencia es el control de calidad de la baciloscopia de los laboratorio periféricos.

En la tabla 8 se encuentran los resultados del control de calidad de los años 1996-1999.

Tabla #8: Resultados control de calidad , 1996-1999

	1996	1997	1998	1999	2000
Enviadas	8,883	10,19	7,478	9,38	13,305
Examinadas +	337	309	175	185	247
Examinadas -	1,562	1,275	947	1,051	1,469
Total examinadas	1,899	1,584	1,122	1,236	1,716
Falsas +	2.7%	1.9%	1.7%	1.1%	2.0%
Falsas -	0.9%	0.5%	0.2%	0.0%	0.4%

Aunque la norma es que los establecimientos envíen todas las muestras mensualmente, se evidencia que un 80% de establecimientos mandan al Laboratorio Central de Referencia. El Laboratorio controla en promedio cada establecimiento 3 veces al año el envío mensual. Toma primero un muestreo al azar y después todas las muestras positivas. Quiere decir que no se sigue el procedimiento del control ciego.

El porcentaje de discordancia muestra una tendencia favorable tanto para falsas positivos como para falsas negativos, con excepción del año 2000.

Los establecimientos visitados no han recibido informes sobre los resultados del control de calidad en el año 2001. Debido a la realización del Estudio de Resistencia, el personal del laboratorio central según el MSPAS no tuvo tiempo para realizar los controles de calidad.

En los laboratorios se evidencia la presencia adecuada de microscopios, cajas de seguridad y insumos (laminas, colorantes), gracias al apoyo de USAID. Los laboratorios Tipo II y III también han recibido la gran parte del equipo solicitado para los cultivos y las pruebas de sensibilidad.

Recomendaciones:

- *El Laboratorio Central de Referencia debe dar prioridad al control de calidad de los laboratorios periféricos, siendo la calidad de la baciloscopia uno de los pilares fundamentales de la estrategia TAES.*
- *El PCT y el Laboratorio Central de Referencia debe estudiar la nueva Guía de Control de Calidad de CDC/KNCV/OMS/UICTER, que saldrá dentro de unas semanas y adaptar el procedimiento a las nuevas recomendaciones.*

2.6 TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

A. HALLAZGOS

La cobertura de establecimientos del MSPAS donde se implementa el tratamiento acortado estrictamente supervisado dentro de la estrategia TAES aumentó de 10% en 1997 a 100% en 2001. Hay varios factores que contribuyen a la alta tasa de cobertura del TAES. El programa capacitó al personal de todos los departamentos y SIBASI's del país y las normas nacionales recomiendan que el TAES debe ser aplicado en el servicio local de salud más cercano a la residencia o al lugar de trabajo del enfermo (no importa donde fue diagnosticado). Otro factor es que el ISSS está implantando la estrategia de TAES y que existe buena colaboración entre ambas instituciones. Por ejemplo, si el paciente del ISSS no tiene acceso a una unidad del seguro, puede recibir su tratamiento en el MSPAS. En adición, existe un buen sistema de referencia de los pacientes entre las unidades de salud, casas de salud, y hospitales. Existe una "Hoja de referencia y contrarreferencia de pacientes con TB" que el personal llena y envía a otras unidades y el personal avisa por teléfono para informar que están refiriendo al paciente. Durante las reuniones trimestrales a nivel de SIBASI el personal revisa todos los registros sobre las pacientes referidos para asegurar que todos están incorporados en los registros. Finalmente, en algunos de las SIBASI's entrega el personal de las unidades de salud mensualmente una canasta de alimentos a los pacientes que no faltaron su tratamiento durante el mes anterior. Las canastas son distribuidas durante las reuniones mensuales de los pacientes con TB.

2.

Las actividades de TAES incluyen una consulta médica al inicio y un control medico cada dos meses durante el tratamiento o cuando el estado del paciente lo requiere. Las consultas de enfermería se realizan cada vez que el enfermo asiste a su control en el establecimiento de salud. Estas visitas incluyen consejo y educación, administración del tratamiento, control bacteriológico (al final del 2do, 4to y 6to mes). La enfermera realiza una visita domiciliaria si el paciente falta a una segunda dosis durante el tratamiento. La enfermera también lleva a cabo estudios de contacto del paciente. Cada persona que vive en la casa del enfermo con TB pulmonar es sujeto de inscripción en la tarjeta de tratamiento (del enfermo). En los contactos mayores de 10 años se realizan búsqueda de sintomáticos respiratorios para descartar el diagnóstico de TB. En contactos menores de 10 años se inicia la quimoprofilaxis sin necesidad de PPD.

3.

El Manual nacional recomienda dos regímenes terapéuticos normados, con los siguientes medicamentos: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Estreptomina (S) y Etambutol (E). Los regímenes terapéuticos cumplen las normas internacionales de OMS/OPS y UICTER.

Categoría 1 (casos nuevos de TB pulmonar con BK+, casos nuevos de TB pulmonar con BK- y casos nuevos de TB extra pulmonar).

Régimen: Fase inicial - 2HRZE, fase de continuación - 4H2R2

Todos los pacientes reciben tratamiento supervisado seis veces por semana durante la fase inicial, y dos veces por semana durante la fase de continuación.

Categoría 2 (casos con tratamiento previo con esputo positivo: recaídas, fracasos terapéuticos, tratamiento posterior abandonado).

Régimen: Fase inicial - 2HRZES/1HRZE, fase de continuación 5H3R3E3

Todos los pacientes reciben tratamiento supervisado seis veces por semana durante la fase inicial y

tres veces por semana durante la fase de continuación.

El análisis de los cohortes de 1997 – 2000 demuestra que la supervisión ha mejorado la calidad del tratamiento de la TB en el país. (ver tabla 9) La tasa de curación aumentó de 66.3% en 1997 a 84.6 en 2000, la tasa de éxito del tratamiento se incrementó de 68.6% en 1997 a 84.6 en 2000. Esta significa que casi fue lograda la meta del PCT y la meta recomendada por la OMS/OPS. La tasa de abandono bajó de 11.3% en 1997 a 5.9% en 2000, no obstante, la tasa de fracaso se incrementó de 0.4% en 1997 a 1.2% en 2000, y la tasa de fallecidos se incrementó de 4.3% en 1997 a 6.0% en 2000.

El incremento de la tasa de fracaso podría ser explicada por falta de la supervisión del tratamiento en años anteriores o por mala calidad de los medicamentos. La tasa de fallecidos podría ser relacionada con el SIDA u otros enfermedades o por demora en el diagnóstico y/o inicio del tratamiento. El PCT esta investigando estos problemas con estudios operativos (estudios de MDR-TB, prevalencia de VIH en pacientes con TB, y causas de fallecidos).

Tabla #9: Cohortes Comparativos, Nuevos Pacientes BK+, 1997 – 2000

Año	No.	Curado %		Terminado %		Éxito %	Fracaso %		Fallecido %		Abandono %		Traslado %	
1998	953	640	672	17	18	689	9	0.9	56	59	94	99	137	144
1999	927	692	746	34	37	78.3	5	0.5	58	6.3	83	90	55	5.9
2000*	905	766	846	0	0	846	11	12	54	60	53	59	20	22

*Se excluyeron 23 pacientes por ser de Honduras y Guatemala, además otros por no haber recibido al menos 1 semana de tratamiento.

Durante las visitas de terreno, el equipo de evaluación observó las siguientes fortalezas:

- Existe una sala dedicada al TAES en las unidades de salud donde los enfermos reciben su tratamiento.
- El personal del nivel SIBASI y unidades de salud informaron que todos los casos están en tratamiento supervisado y que la mayoría de los pacientes asisten a las unidades de salud para recibir sus medicamentos. Otros enfermos reciben su tratamiento del personal o líderes comunitarios. Las enfermeras supervisan semanalmente el personal comunitario que administra tratamiento.
- El personal de salud realiza el análisis de cohorte y trimestralmente lo envían al SIBASI.
- Los SIBASTs se reúnen cada trimestre con el personal de salud para analizar el cohorte.
- El personal esta utilizando las tarjetas de tratamiento, y estas están correctamente llenadas.

- Los medicamentos están disponibles en la sala dedicada para al programa.
- Encontramos que una unidad de salud tiene un timbre para informar a la enfermera que el paciente ha llegado para recibir su tratamiento.
- El personal está capacitado en los elementos del TAES, conoce sus pacientes y está muy motivado. También, hay algunas debilidades que el equipo de evaluación observó o que el equipo nacional del PCT encontró en las visitas de supervisión:
- Habían errores en el análisis de cohorte en algunas unidades. Por ejemplo, los pacientes clasificados en dos categorías diferentes - curado y tratamiento terminado, exclusión de los pacientes extranjeros del análisis de cohorte y exclusión de pacientes notificados que fallecieron antes de iniciar su tratamiento.
- Aplicación de tratamiento auto-administrado en algunas unidades, especialmente en algunos hospitales.
- En un hospital no se esta usando la papelería adecuada para la referencia y contrarreferencia.
- En dos hospitales se encontraron pacientes pediátricos con esquemas de tratamiento que no estaban indicados en las normas, y en otro hospital encontraron que estaban administrando tres medicamentos (H,R y E) en la segunda fase.

Los problemas o debilidades mencionados fueron mas comunes en las unidades que recientemente comenzaron implantar el TAES.

B. CONTRIBUCIÓN DEL PROYECTO DE USAID

El proyecto de USAID contribuye al éxito de la capacitación sobre la estrategia del TAES. El apoyo financiero garantiza los gastos de capacitación. La compra de un vehiculo asegura el transporte del equipo nacional para realizar la supervisiones y otras actividades. La asistencia técnica de OPS y CDC colaboró con el PCT en el desarrollo de las normas del programa y materiales didácticos.

Recomendaciones

- *Reforzar el análisis del cohorte en las capacitaciones y visitas de supervisión.*
- *Cumplir con el tratamiento supervisado en las unidades que faltan, especialmente en algunos hospitales y unidades capacitadas recientemente.*
- *Capacitar a los especialistas en el manejo de los pacientes pediátricos de acuerdo con las normas nacionales.*
- *Considerar una evaluación del impacto de la canasta alimenticia como un incentivo del programa.*
- *Considerar como modelos de enseñanza a unidades de salud que están implantando la estrategia del TAES con éxito y utilizarlas para capacitación y practica del*

personal.

2.7 LOGÍSTICOS

A HALLAZGOS

1. Medicamentos

El suministro de medicamentos esenciales es la responsabilidad del MSPAS. En el nuevo sistema de salud, los SIBASI's deben asegurar el financiamiento de medicamentos esenciales necesarios, incluyendo los anti-fímicos, dentro de sus propios presupuestos anuales. La futura descentralización de responsabilidad para planificar y seleccionar prioridades financieros al nivel de SIBASI podría presentar un amenaza para el abastecimiento adecuado de medicamentos para los pacientes tuberculosos, si el compromiso político de responder al problema de la epidemia se disminuirá. Hasta ahora no se ha presentado un problema.

Los niveles locales son responsables para la programación de necesidades de medicamentos esenciales, y para presentar sus presupuestos y recursos por la compra consolidada al nivel nacional por la Unidad Técnica de Medicamentos y Insumos Médicos (UTMIM). El centro de compra de MSPAS es responsable para la licitación y la compra de los productos necesarios. Hay leyes que determinan la forma de licitación (compra restringida a proveedores nacionales) y esta influye el costo y la disponibilidad de productos para el programa. El PCT colabora en la revisión de la estimación departamental (ahora, por SIBASI) de necesidades.

El equipo de PCT estima que el costo pagado por un tratamiento nuevo (2HRZE/4H₂R₂) es aproximadamente US\$ 27. Como comparación, las licitaciones abiertas internacionales recientemente hechas por las instituciones internacionales o por las agencias contratadas por ellos han logrado precios entre \$10-\$20. Aun después de eliminar el ahorro de costo de transporte internacional por la compra local, los precios locales en El Salvador están encima de los en el mercado internacional. La compra por un institución como OPS/OMS (con su nuevo fondo rotatorio) o por licitación abierta puede generar recursos extras para el sistema de salud (o el PCT directamente)

Como resultado de las discusiones con el personal de salud y el PCT, el equipo evaluador ha notado dos problemas adicionales que pueden afectar el abastecimiento adecuado y eficiente de anti-fímicos; uno es la programación de necesidades, el otro es la demora en la compra anual. Se discute el segundo primero.

La compra de medicamentos esenciales se hace una vez por año por el nivel central y normalmente los medicamentos llegan en julio. Aparentemente, por los problemas relacionados con los terremotos en enero y marzo, la compra de medicamentos fue retrasada en 2001. Los establecimientos no pueden esperar la entrega de medicamentos antes del fin del año. Afortunadamente, el programa tiene una sobre existencia de medicamentos anti-TB, desde el año 2000 (vea razones abajo), que significa que no se espera ningún escasez este año ni en el principio de 2002. El UTMIM sugiere que, si no hay otra emergencia, la compra y la distribución de medicamentos en el próximo año va a respetar el calendario normal de nuevo. Además, el personal de UTMIM confirma que, juntos con el PCT, está trabajando

para asegurar la compra de por lo menos los productos combinados (RHZ, RH) por el vía del fondo rotatorio del la OPS para productos de programas de enfermedades transmisibles.

Los hospitales compran sus anti-fímicos separadamente del resto de MSPAS. Aquí tampoco existen problemas de escasez pero la compra en pequeñas cantidades probablemente significa un gasto financiero adicional.

El equipo evaluador no encuentra ningún problema mayor de escasez de medicamentos. El equipo central de PCT informa que hay una falta de proveedores nacionales de Rifampicina en suspensión y de Estreptomicina que ha afectado el abastecimiento nacional, pero sin efecto en la disponibilidad del tratamiento para los enfermos por las compras directas por los SIBASI's.

El reto para el PCT y los SIBASI's es de asegurar una mejor programación de necesidades para evitar en el futuro el problema actual de sobre-estoches de anti-fímicos. En las visitas a las unidades de salud, y dentro de los informes de supervisiones hechos por el PCT, el equipo evaluador ha visto evidencia de un problema generalizado de sobre-estoque de la mayoría de productos anti-fímicos – muy encima de necesidades reales. Este problema tiene relación con el habito histórico de basar el solicitud de medicamentos en un calculo de necesidad relacionada con el numero de casos esperados. Este numero no tiene nada que ver con el numero actual de enfermos registrados por una unidad de salud, sino con el numero estimado de sintomáticos respiratorios y su positividad (positividad de 5% de todos los sintomáticos respiratorios encontrados). Se sigue con este sistema aunque los servicios nunca llegan a las metas establecidas, y el numero de casos registrados es mucho menor de lo calculado.

Las normas de 2000 del PCT incluyen directrices para el calculo de necesidades de anti-fímicos que están consistentes con las recomendaciones de la OMS y UICTER, aunque es posible de simplificar los ejemplos utilizados en las tablas y así mejorar el nivel de comprensión y capacidad del personal de salud. Este problema asumirá mayor importancia en el futuro dado la nueva política del MSPAS, que cuando hay medicamentos en las unidades, a nivel de SIBASI o al nivel del almacén central que están cerca de vencimiento, los responsables deben transferir estos productos hacia donde hay necesidad. Si no, el personal específico tendrá responsabilidad personal (con impacto económico y de la evaluación de trabajo personal) para cualquier vencimiento. Ojala esta política presentará un estímulo de seguir estrechamente las normas nacionales de programación y de monitoreo del abastecimiento.

2. Insumos del laboratorio y otros insumos de PCT

Desde medio 2000 se observa un gran mejoramiento en la disponibilidad del equipamiento y de los insumos necesarios para asegurar un buen trabajo por la red de laboratorios para el diagnóstico y control de la tuberculosis. El Gobierno Salvadoreño sigue de asumir responsabilidad para la planificación, compra y distribución de insumos básicos para el diagnóstico (e.g., los vasos de esputo, las laminas para las muestras de esputo, reactivos etc.). Con recursos del proyecto de USAID, OPS/OMS y MSPAS se han comprado otras insumos necesarios, incluso gabinetes de seguridad, microscopios para los laboratorios que los faltan,

mecheros, vasos para reactivos, equipamiento esencial para el cultivo incluso centrífugas, etc.) Algunas microscopios están en proceso de compra y distribución. El MSPAS ha mostrado su apoyo para el rápido inventario y distribución de productos comprados. Un plan para asegurar el buen mantenimiento de los nuevos instrumentos y equipamiento está en proceso.

Otros insumos, incluso los registros y informes del PCT (PCT-9,10 etc.), fueron disponibles en todas las unidades de salud visitadas por el equipo evaluador. Además, los materiales nuevos para la información, educación y comunicación (IEC) sobre la tuberculosis y su control están disponibles y utilizados en las unidades (vea el capítulo 2.11 sobre IEC).

3. Transporte

El MSPAS asegura la disponibilidad de vehículos para el uso del equipo PCT y los departamentos (y ahora SIBASI y futuros equipos zonales de supervisión). Además, el USAID ha financiado la compra de un vehículo para el uso del PCT en 2000. Hasta ahora no existen problemas en la disponibilidad de vehículos y hay un gran rendimiento de trabajo de supervisión y capacitación en los dos últimos años, cuando necesitaron bastante movilidad del personal de MSPAS.

El rol de USAID para asegurar el insumos y mantenimiento de vehículos está mencionado abajo.

B. ROL DE USAID

Aunque USAID no ofrece financiamiento de los medicamentos anti-tuberculosos, su apoyo ha asegurado la difusión de las normas nacionales, y la capacitación en su uso, incluso las directrices sobre la planificación de abastecimiento de medicamentos. El impacto de esto se puede esperar el próximo año en la consolidación de estimaciones de necesidades, la licitación y compra de medicamentos.

Actualmente, el mejoramiento de la frecuencia y calidad de supervisión de las unidades (incluso la revisión de la reserva de los medicamentos documentada en los informes 2001 de visitas de supervisión del equipo del PCT) tiene un impacto sobre la calidad de trabajo en esta área.

El apoyo de USAID ha sido tremendamente importante con relación al fortalecimiento de la red de laboratorios para el diagnóstico y control de la tuberculosis. Al nivel de laboratorio nacional, los nuevos laboratorios de referencia para cultivo, y los demás que hacen baciloscopia, todo el equipamiento y los insumos comprados con recursos de USAID en el pasado año y medio, han mejorado la capacidad y el rendimiento de trabajo, y han estimulado el personal responsable.

El proyecto de USAID ha financiado la compra de un vehículo, y costos de mantenimiento, usado por el PCT.

Recomendaciones

El PCT debe colaborar con el programa de abastecimiento de medicamentos, los nuevos equipos zonales de supervisión, y los SIBASI's, para asegurar mejor consistencia en las normas, capacitación, conducta y monitoreo de la planificación de necesidades de anti fímicos, basado sobre las normas internacionales.

El PCT debe vigilar la dedicación de recursos financieros de SIBASI para el abastecimiento de medicamentos anti-fímicos consistentes con las necesidades documentadas.

El PCT debe colaborar con el programa de abastecimiento y las autoridades mayores del MSPAS para investigar la factibilidad de compra de los anti-fímicos para todos los establecimientos por la OPS/OMS o por licitación directa y abierta, en el mercado internacional. Con el aseguramiento del MSPAS de lograr una de esas vías, se puede esperar una mayor eficiencia de compra y un ahorro grande que ayudará el país de asegurar un sostenibilidad y fortalecimiento del conducta del programa si el MSPAS decide invertir el ahorro en actividades relacionadas con el control de la tuberculosis.

En este proceso, el PCT y UTMIM deben continuar colaborando para asegurar la compra por el fondo rotatorio del OPS para los medicamentos combinados. Las justificaciones que se puede utilizar para superar restricciones nacionales de compra incluyen: (a) la necesidad de asegurar el uso de Rifampicina solamente en forma combinada con Isoniacida (o Isoniacida y Pirazinamida) por las recomendaciones de la OMS/UICTER que no sea posible con una compra local por falta de un proveedor nacional de productos combinados; (b) la importancia de asegurar la calidad de productos – especialmente con Rifampicina dado conocimiento de la dificultad en producción de fármacos con adecuada biodisponibilidad; (c) la documentación de ahorra potencial por la compra internacional.

Se debe investigar más el proceso de control de calidad de productos anti-fímicos comprados por el sector publico, dada la impresión que hay un número considerable de pacientes que no convierte su esputo antes del final del tercer mes de tratamiento, e investigar cual es la tasa real de la conversión al final del 2º mes de tratamiento a nivel nacional.

2.8 SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTROS

A. HALLAZGOS

A partir de 1997, el PNT comenzó a organizar e implantar en los puestos, centros de salud y hospitales del país el Sistema de Registro y Notificación de los casos TB recomendado por OPS/OMS y UICTER. Actualmente el proceso de implantación ha concluido y éste forma parte integral del sistema de información del Ministerio de Salud. Debido a la frecuente rotación del personal, los profesionales de la salud reciben capacitaciones periódicas sobre los instrumentos y formatos que conforman el sistema.

Se presenta un resumen de los principales formatos oficiales del PNT:

Registro de pacientes referidos (PCT-1) y su respectivo formato para la referencia y contra referencia de los enfermos con TB (PCT-8).

El Libro de Sintomáticos Respiratorios S.R (PCT-2) está presente en todos los establecimientos de salud (puestos, centros de salud y hospitales). En algunos países de la Región se ha mostrado su utilidad operacional, siempre y cuando el tamizaje de los SR esté bien organizado en el sector salud, de lo contrario, esa información se puede obtener del Libro de Laboratorio.

El formato de Solicitud de examen de bacteriología (PCT-3) está distribuido en todas las unidades de salud donde se brinda atención de consultas a la población

El Libro de Laboratorio (PCT-4) está ubicado en todos los laboratorios que realizan baciloscopias de diagnóstico y seguimiento, incluyendo al ISSS, sistema penitenciario y sector militar.

El Libro de casos TB (PCT-5) fue implantado en todos los centros de salud y en algunos hospitales generales y especializados, donde diagnostican y manejan el tratamiento de los enfermos.

La Ficha de tratamiento TB (PCT-7-A) contiene la información del paciente, incluyendo datos sobre la clasificación de la enfermedad, esquemas de tratamiento, seguimiento bacteriológico, resultados del tratamiento, control de contactos y registro de las visitas domiciliarias. La ficha de tratamiento es uno de los formatos que ha sufrido mayor adaptaciones nacionales, en comparación a la propuesta por OPS/OMS y UICTER.

El flujo de la información proviene de las unidades periféricas de salud de cada SIBASI hacia este último, donde el responsable del PNT a nivel intermedio revisa y consolida la información trimestral con la ayuda de los formatos: Registro de los casos detectados con TB (PCT-9) y Resultados de tratamiento en pacientes ingresados al PNT 9 meses antes (PCT-10).

La información trimestral del programa está disponible en el nivel central en un lapso no mayor de 1 mes después que el SIBASI lo ha consolidado. El Sistema de información

permite construir los principales indicadores operacionales, epidemiológicos y de cobertura. En adición, otros eventos como la meningitis TB en niños y adultos, forma parte de la vigilancia epidemiológica del MSPAS.

B. ROL DE USAID

El proyecto de colaboración MSPAS/USAID/OPS, a fin de fortalecer el control de la TB y aplicar la estrategia DOTS/TAES ha sido esencial. Uno de los rubros del proyecto está destinado a mejorar y consolidar el sistema de información recomendado por la UICTER y OPS/OMS. La edición, reproducción y distribución de los diferentes formatos que garantizan el funcionamiento del sistema, también fueron financiados por USAID. Además, fueron distribuidos 7 computadoras destinadas a la oficina central, hospital de Neumología y departamentos (actualmente SIBASI).

Recomendaciones:

- *Evaluar la utilidad del Libro de Sintomáticos respiratorios en las unidades periféricas de los SIBASI, comparando los informes diario de consulta externa y el Libro de Laboratorio.*
- *Simplificar las variables contenidas en la Ficha de Tratamiento, a fin de facilitar el trabajo del personal en las unidades de salud que manejan los diferentes informes de los programas.*
- *Valorar la posibilidad de extender de 9 meses a 12 meses la cohorte de tratamientos sometidos al retratamiento de ocho meses, con el objeto de que el personal puede tener la información completa de esos enfermos.*

2.9 SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

A. HALLAZGOS

1. Supervisión

Hay bastante documentación del gran avance durante el último año, en la frecuencia y calidad de supervisión por el equipo central del PCT (médico, enfermera y técnico de laboratorio). Es difícil de estimar el efecto diferenciado de capacitación del personal y la supervisión directa de ellos – los dos son esenciales.

Se puede ver en los informes escritos que la calidad y cobertura de las supervisiones se ha mejorado mucho con la formación del equipo multi-disciplinario de nivel central de PCT. El hecho que ya existe en los servicios todos los útiles del programa TAES/DOTS (libros de registro, informes, tarjetas de pacientes etc.) ayuda mucho a ese proceso. Los informes muestran que la calidad de trabajo ha mejorado en los servicios, aunque hay algunos servicios que tienen que tomar acciones de mejorar.

El equipo evaluador ha notado una falta de documentación escrita en los servicios de las observaciones hechas en supervisiones o recomendaciones disponibles.

Parece que el personal del SIBASI todavía no juega un papel suficiente en la supervisión directa de servicios, o tiene un agenda demasiado cargado para elaborar recomendaciones efectivas para todas las áreas prioritarias de salud pública.

Está programado que en enero 2002 cinco equipos técnicos de zona, formados este año, vayan a comenzar su trabajo de supervisión integral de SIBASI y todas las unidades de salud. Estos equipos son multi-disciplinarios (médico, enfermera, estadística, etc.) y ellos ya están en contacto con los equipos centrales de los programas prioritarios de salud pública. El PCT ha programado la capacitación de estos equipos y espera dar seguimiento para asegurar un buen trabajo por ellos. No está completamente claro, para el grupo evaluador, el papel en el futuro para el personal de SIBASIs en la supervisión directa a los servicios, o cómo el equipo central de PCT va a seleccionar sus enfoques de supervisión directa. Se espera que ellos puedan continuar con una supervisión directa a los SIBASIs y/o servicios con mayor dificultades en el manejo de programa o mayor carga de enfermedades.

Las visitas de supervisión directa de servicios ofrecen una oportunidad de verificar los datos entregados en informes trimestrales de detección de casos y en el análisis de cohortes. En los informes hechos este año por los miembros del PCT no aparecen párrafos sobre discrepancias o inconsistencias en estas informes, ni un análisis de los resultados en los trimestres recientes.

2. Monitoreo indirecto

Como expresado arriba, el sistema estandarizado recomendado por la OMS y la UICTER de registro y notificación de casos y resultados del cohorte ofrece una base fuerte para el monitoreo y la evaluación del programa y del sistema general de salud en cuanto a un gran

prioridad de salud pública en el país. El PCT en El Salvador ha logrado mucho dentro de los últimos años en cuanto a la instalación y utilización del sistema y sus resultados a los niveles local, intermedio y nacional. Fuera de estos útiles, el PCT ha producido otros materiales y indicadores para la programación, el monitoreo y la evaluación del programa que sirven para cada nivel. Es importante que el personal entienda cuales son indicadores esenciales y cuales son secundarios pero importantes de revisar.

La producción en 2001 de la primera Memoria Anual sobre las actividades y resultados del PCT (año 2000) que demuestra bien el impacto de la operatividad completa del sistema DOTS/TAES en el país y los retos para los próximos años.

Se debe notar que la supervisión indirecta de la calidad de baciloscopía es clave para el buen desarrollo y los resultados adecuados del programa, como se menciona arriba en el capítulo sobre detección y diagnóstico. Es esencial que las normas y los procedimientos del sistema sean conocidos por el personal. El personal de salud podría ser desestimulado si ellos deben continuar enviando sus láminas para el control de calidad sin recibir una retroalimentación rápida y adecuada.

3. Evaluación

Hay varias áreas de evaluación para medir el proceso e impacto de actividades de control de la tuberculosis. Como se indica en los previos capítulos, se beneficia de indicadores cuantificables y medibles utilizando datos rutinarios producidos por los servicios de salud. Además hay posibilidades de organizar investigaciones (ver el capítulo abajo) y estudios epidemiológicos especiales (como el estudio propuesta de R.A.I.) que pueden ofrecer aún mas indicaciones de la evolución de la epidemia al nivel del paciente, de la comunidad y del país.

El plan estratégico de 2000-2005 todavía no tiene muchos detalles sobre las actividades propuestas y su evolución durante el periodo definido. No obstante, el plan ofreció un análisis FODA (puntos fuertes y débiles, oportunidades y las amenazas). Los objetivos y indicadores de progreso presentados son claros.

Las evaluaciones del PCT y actividades locales del programa deben incluir comunicación con los pacientes y poblaciones afectadas. Por la falta de tiempo y la hora de llegada a las unidades visitadas por el grupo evaluador, no era posible de conversar con los pacientes o los clientes generales en las salas de espera.

Tampoco era posible de evaluar el impacto del trabajo de los promotores o los líderes de las comunidades que ya participan en el programa y han recibido capacitación en el TAES/DOTS. Sin embargo, el personal de salud expresó durante las visitas del terreno del equipo evaluador que los promotores y los líderes de la comunidad ya juegan un papel cada vez más importante en estimular la demanda para los servicios de control de tuberculosis.

Finalmente, el grupo evaluador ha notado el importante apoyo al cumplimiento con las metas de éxito de tratamiento que ha dado la provisión de la canasta básica a los pacientes que

cumplen con su tratamiento.

B. ROL DE USAID

La contratación del personal en el nivel central de PCT ha hecho posible la creación de un equipo de supervisión. Anteriormente, el Director de Programa tenía poca posibilidad de viajar por la carga que tiene en la administración de varios programas.

El apoyo financiero del proyecto USAID contribuye para asumir los gastos para las visitas de supervisión (gasolina, viáticos para el equipo central) y significa un aumento considerable en el número de visitas de supervisión.

El proyecto también ha dado los recursos para el desarrollo, producción y diseminación de la primera Memoria (evaluación) escrita sobre las actividades y resultados del PCT durante 2000.

Recomendaciones:

- *El MSPAS debe asegurar el apoyo logístico necesario para continuar las actividades críticas de supervisión para extender y mantener el excelente trabajo en el control de la tuberculosis. Hay muchas experiencias en otros países que la supervisión es esencial para mantener/garantizar la calidad de un programa y de los servicios.*
- *EL MSPAS debe clarificar la responsabilidad de cada nivel en la supervisión y la forma de dar los recursos necesarios y la responsabilidad apropiada a los equipos a cada nivel.*
- *El PCT debe continuar trabajando estrechamente con los nuevos equipos de supervisión del nivel de las 4 regiones, y los coordinadores del TB en los SIBASIs para asegurar un buen adiestramiento en el uso de guías para la supervisión estandarizada. Además, se debe asegurar supervisiones focalizadas sobre la tuberculosis, aunque menos frecuentes que en el pasado y más dirigidas a los servicios o las oficinas administrativas que lo necesitan más. Se debe asegurar que haya una supervisión estrecha de cualquier personal que está encargado de la supervisión directa de tratamiento de pacientes bacilíferos (en servicio o en la comunidad).*
- *El PCT debe coordinar con otros programas prioritarios para asegurar que todos estén eficientes en la selección de los puntos claves e indicadores principales para la supervisión integral de programas.*
- *Se debe mejorar la accesibilidad de recomendaciones escritas y compromisos hechos para resolver problemas encontradas en las visitas de supervisión. Por esta vía se puede estimular acciones en seguimiento de las recomendaciones hechas. También se debe utilizar las visitas para validar y evaluar los datos recibidos en los informes trimestrales.*

- *Se puede proponer que el manejo del control de la tuberculosis a todos niveles es un buen ejemplo de monitoreo y evaluación de la calidad e del impacto del sistema integral de salud y utilizarlo en la documentación de la evolución de este nueva estructura y política del sistema de salud.*
- *Se deben seguir con las reuniones del personal de los servicios al nivel de cada SIBASI para recopilar, revisar y discutir las implicaciones de los datos recolectados, los informes hechos, y los problemas encontrados. Parece que estas funcionan como una forma de capacitación y de estímulo al personal de utilizar el sistema y los resultados obtenidos. Además, se deben continuar las reuniones semestrales del personal de SIBASI y premiar los SIBASIs y/o los servicios que más han mejorado.*
- *Se debe organizar una reunión de evaluación al final del proyecto 1999-2002 de USAID/MSPAS/OPS/OMS, involucrando niveles políticos, administrativos y técnicos, gerentes de otros programas, las agencias de apoyo financiero y/o técnico y personas de instituciones que se quieran involucrar más en el futuro, en las actividades del PCT (e.g. ONGs con trabajo en salud).*
- *Desarrollar métodos centinelas (como por grupos enfocados de pacientes) para evaluar percepciones de la calidad de servicio y los cambios más favorables o desfavorables para la creación de demanda y/o utilización de servicios de búsqueda y tratamiento.*
- *Dado el costo, y la posible necesidad de buscar otras fuentes de apoyo, se debe evaluar el uso e impacto de las canastas básicas para los pacientes como estímulo a la continuación del tratamiento y ayuda a las necesidades alimentarias del paciente.*

2.10 CAPACITACIÓN

A. HALLAZGOS

Las actividades de capacitación del PCT en la prevención, diagnóstico y tratamiento de TB incluyen los trabajadores de salud en todos los niveles del sistema del MSPAS. Todo el personal de salud al nivel nacional, SIBASI y local está capacitado en TAES y las normas del PCT. También el personal del ISSS está integrado en las capacitaciones del PCT y también se capacita al personal médico de las cárceles y del sector militar. El PCT tiene un plan de capacitación por los SIBASIs y niveles locales con objetivos específicos, metodología y calendario de actividades. El personal a capacitar incluye: médicos y especialistas (neumólogos, infectólogos, pediatras), enfermeras, laboratoristas, epidemiólogos, equipos técnicos (al nivel SIBASI o departamental), promotores de salud, parteras y voluntarios comunitarios. El PCT prepara módulos de capacitación con énfasis en las normas del programa. La metodología incluye teoría y ejercicios prácticos de cómo manejar la información operacional de los diferentes formularios (PCT5, PCT9, PCT10). Otras actividades de capacitación y educación incluyen conferencias y mesas redondas. Las Universidades y Escuelas de Enfermería están capacitadas en TAES y las normas del PCT.

El contenido del plan de capacitación de 2000-2001 incluyó los siguientes temas:

Nivel Central: Gerencia del programa, técnicas de mycobacterias y epidemiología (laboratorio central), sistema de información y análisis de la situación epidemiológica, y desarrollo de materiales y paquetes informáticos.

Nivel Departamental o SIBASI: Gerencia del programa, prevención, diagnóstico, y tratamiento de TB, sistema de información, técnicas de laboratorio y control de calidad.

Nivel Local: Detección de sintomáticos respiratorios, diagnóstico, tratamiento, prevención, el uso de SARAR metodología para TB, el uso de materiales educativos, control de calidad y bioseguridad de laboratorio, y sistema de información y análisis de cohorte.

Tabla #10: Resumen de Capacitaciones Realizadas, 1999 – 2001

Actividad	Participantes	No.	Responsable
Capacitación en Estrategia TAES	Médicos, enfermeras, laboratoristas, estadísticos y educadores de salud	149	Equipo Nivel Central
Capacitación en Estrategia TAES	Equipos de SIBASI (médico, enfermera, laboratorista)	72	Equipo Nivel Central
Capacitación con Guía de Enfermería	Enfermeras	450	Equipo Nivel Central
Capacitación en Estrategia TAES	Médicos y enfermeras de los centros penales	111	Equipo Nivel Central
Capacitación en Estrategia de TAES	Profesores de Universidad Personal Docente de Escuelas de Salud Unidad Central PCT	30	UICTER
Capacitación en metodología de SARA	Educadores del nivel SIBASI y Departamental	33	Equipo Nivel Central
Capacitación en la red de informática	Unidad Central PCT	3	MSAS
Capacitación en Control de TB	Líderes Comunitarios	2	Unidades de Salud
Capacitación en Estrategia de TAES	Promotores de Salud	880	Equipo Nivel Central
Capacitación en Estrategia de TAES	Neumólogos, infectólogos, internistas, pediatras	66	UICTER
Capacitación en Laboratorio Diagnóstico y Bioseguridad	Laboratoristas	249	Equipo Nivel Central
Total		5,354	

En adición a estas capacitaciones, el equipo nacional de PCT y algunos médicos y enfermeras

del nivel de SIBASI asistieron a cursos de capacitación internacional (en Perú y Nicaragua). Al final de Septiembre 2001 todo el personal del MSPAS fue capacitado en la Estrategia de TAES. Actividades programadas entre Septiembre a Diciembre de 2001 incluyen la Capacitación a los Comités Asesores de PCT a nivel central y SIBASI.

En las visitas al terreno del equipo de evaluación, los SIBASI's expresaron su agradecimiento por la capacitación llevada a cabo por el PCT. Adicionalmente, los neumólogos expresaron su satisfacción por el curso impartido por el Dr. José Caminero (UICTER). Varias personas comentaron que los cursos para los neumólogos fueron muy importantes con respecto a la capacitación y motivación de ellos, su integración al PCT y su apoyo a la aplicación del TAES. Además los participantes en los cursos internacionales mencionaron que son de buena calidad y ofrecieron la oportunidad de inter-cambiar experiencias con personas de otros países.

Hasta este momento, el equipo central del PCT ha hecho la mayoría de las capacitaciones sobre TAES debido al hecho de que varios equipos de los SIBASIs, capacitados en 2000, no realizaron cursos en sus propias unidades de salud. Por ejemplo, solo en 2001 el equipo central realizó 23 talleres de capacitación sobre TAES para los equipos de los SIBASIs y unidades periféricas de salud. En el mismo año se realizaron 23 talleres de capacitación para el personal del laboratorio y 4 talleres de capacitación para enfermeras sobre la aplicación de la guía de enfermería para el TAES. Eso representa una gran carga para el equipo nacional y no es sostenible a mediano plazo. Los equipos SIBASIs necesitan responsabilizarse por las futuras capacitaciones en sus propias unidades.

B. CONTRIBUCION DEL PROYECTO DE USAID

El proyecto de USAID contribuye mucho al éxito de la capacitación del personal que labora en el PCT. El apoyo financiero es muy importante para cubrir los gastos de capacitación. La asistencia técnica de los consultores de CDC, UICTER y OPS apoyan al PCT con el desarrollo y la evaluación de dichos cursos y materiales didácticos.

Recomendaciones:

- *Reforzar periódicamente las capacitaciones sobre el TAES, dando prioridad a las unidades, departamentales o SIBASIs que encuentran problemas con la implantación del TAES.*
- *Reforzar el TAES por medio de capacitaciones enfocando los componentes del TAES con limitaciones en su aplicación (Ejemplos: análisis de cohorte, calidad de las muestras de esputo, sistema de información, etc.)*
- *Incorporar visitas al terreno en las capacitaciones del personal, seleccionando unidades modelos en la aplicación del TAES.*

- *Continuar con la colaboración e integración del ISSS, las prisiones y el sector militar en las capacitaciones del MSPAS.*
- *Aclarar los papeles del nivel nacional, regional y SIBASI con respecto a capacitación.*
- *Fortalecer los equipos regionales de supervisión y los SIBASIs sobre los aspectos de capacitación en TAES (Capacitación de capacitadores), y sobre supervisión del TAES en las unidades de salud.*
- *Incorporar equipos de SIBASIs que están implantando la estrategia TAES con éxito, como entrenadores regionales.*
- *Identificar y colaborar en actividades de capacitación con el programa de VIH/SIDA.*

2.11 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

A. HALLAZGOS

El equipo central del PCT cuenta con un excelente especialista en la educación en salud que trabaja con la enfermera y otras para preparar material educativo, de consejería y para la concientización de la comunidad. El equipo ha trabajado estrechamente con los especialistas en la comunicación masiva para preparar material atractivo y con mensajes correctos para diferentes audiencias (personal de salud, pacientes confirmados con tuberculosis, clientes en centros de salud, promotores, líderes en la comunidad y la población en general). El grupo evaluador ha visto la difusión nacional de estas materiales durante las visitas a las unidades de salud y ha observado también el entusiasmo del personal que ya tiene materiales disponibles

para su trabajo. El uso de los materiales parece correcto en las unidades, hospitales, y en las clínicas. Los materiales incluyen videos, rotafolios, cartillas, trípticos, carteles, mensajes para transmitir por radio o unidades móviles de sonido La producción de otras materiales romocionales (calcomanías, lapices, llaveros etc.) para el personal de salud y clientes está programada para este año.

El programa ha seguido las recomendaciones de asesores externos de invertir en los medios para asegurar una buena orientación y educación de pacientes y los demás dentro de los servicios de salud, y métodos directos de educación en la comunidad (e.g., rotofolios para los promotores y carteles para los líderes en la comunidad) y ser cuidadoso con una gran inversión en medios masivos (mensajes en la televisión).

En el área de la tuberculosis, existe pocos países que han invertido tanto en información, educación y comunicación relacionados con TAES/DOTS. Desafortunadamente, hay muy pocos ejemplos de protocolos para evaluar el impacto de estas intervenciones (y diferenciar el impacto específico de otros cambios realizados para el mejoramiento del programa de control).

El MSPAS está promoviendo una estrategia "SERAR" para la educación en salud, y todos los educadores en salud de los SIBASIs fueron capacitado en el método. Ahora el equipo del PCT esta adaptando el método para el uso específico en el control de la tuberculosis. SERAR significa: *Seguridad en si mismo, Asociación con otros, Reacción con ingenio, Actualización hacia la acción, Responsabilidad para resultados sostenibles*. El grupo evaluador no tiene conocimiento de estas técnicas ni detalles sobre su utlidad para comentar sobre este trabajo pero parece una ayuda, especialmente en cuanto a la importancia de llegar hasta la comunidad para asegurar una demanda sin demora de las personas con síntomas respiratorias.

Entre los evaluadores surgió la impresión que el ISSS y los Centros Penales no cuentan con materiales adecuados de información, educación y comunicación para su personal de salud, ni para la poblaciones cubiertas. El PCT tiene capacidad de ayudarles como parte del trabajo general de expandir colaboración entre programas. Respecto al impacto de la co-infección de TB/VIH, el país no cuenta con materiales adecuados de IEC sobre VIH/SIDA o sobre la relación entre TB y esta otra epidemia. Eso también puede formar parte del programa de

colaboración entre los dos programas en los años venideros.

B. ROL DE USAID

Antes del proyecto de USAID, no existía ninguna material nacional sobre la estrategia TAES/DOTS y/o información para los pacientes que sufren de síntomas respiratorias. El apoyo financiero ha hecho posible la producción y distribución de materiales en 2000-2001.

La colaboración con el experto de CDC en capacitación y educación en salud 1998-2000 fue posible con recursos de USAID. El proyecto de USAID también provee equipamiento para la preparación y presentación de videos para el personal del salud, la comunidad y los pacientes.

Recomendaciones:

- *Continuar el desarrollo de materiales de información, educación y comunicación con cuidado en la selección de mensajes, con discusión y revisión de propuestas con asesores internas y externas, y con pre-probación y evaluación.*
- *Organizar, como fue planificado en el plan de actividades de 2002, una evaluación del impacto de mensajes de campañas masivas para ver el efecto mas sostenible de este forma de educación y sensibilización social. Comparte con investigadores que han hecho estudios similares especialistas como Dr. Ernesto Jaramillo en Colombia.*
- *Considerar el desarrollo de mensajes relacionados no solamente con la demanda de atención a los servicios de salud cuando una persona tiene síntomas respiratorias sino además con la demanda directa para la baciloscopia como método preferible de diagnóstico.*
- *Seguir estimulando la formación de grupos de pacientes y socios en la comunidad que pueden ayudar en la búsqueda temprana de personas con síntomas respiratorias, el uso de métodos como el SERAR y la participación de promotores y lideres de la comunidad. Utilizar el especialista de CDC como revisor de los materiales que son preparados con el método SERAR.*
- *Desarrollar materiales de educación, junto con otros programas apropiados, dirigidos a pacientes especiales como los pacientes VIH+, pacientes en retratamiento y pacientes y sus contactos en los cárceles.*
- *Apoyar el ISSS, centros penales y Sanidad Militar en conseguir o desarrollar materiales IEC para su personal y sus derechohabientes.*

2.12 COORDINACIÓN INTER-SECTORIAL

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/IH/SIDA

El primer caso de infección por el VIH fue notificado en 1984. Hasta junio 2001 se han notificado 3934 casos de SIDA y 3626 casos de VIH+. En 2000 la incidencia de SIDA era 12.8/100,000 población y de VIH 9.7/100,000 población. De los casos SIDA 70.8% es por contacto heterosexual y 72.3 es de sexo masculino. El período entre la infección por VIH y su evolución a caso SIDA se calcula en 5-7 años en El Salvador. De 1991 a junio 2001 se han notificado 333 casos de SIDA en pacientes con tuberculosis de los cuales 325 eran de tuberculosis pulmonar, 7 tuberculosis extra-pulmonar y 1 sin especificaciones.

El programa ha elaborado un Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y Control de ITS/VIH/SIDA 2001-2004, también el PCT ha participado en la elaboración del componente relacionado con tuberculosis. Es incipiente la coordinación existe al nivel nacional entre los dos programas.

Las actividades se concentran en la coordinación con otros sectores y la educación, prevención y atención. En este momento hay 34 mujeres embarazadas con tratamiento AZT y 4 hombres adultos con tratamiento antirretroviral. (En el ISSS además hay unos 100 pacientes con tratamiento antirretroviral.

Según norma se debe ofrecer la prueba VIH a todos los pacientes con tuberculosis. No se tienen datos confiables sobre el porcentaje de pacientes probados. El personal de campo entrevistado indicó que la mayoría de los pacientes acepta la prueba cuando se lo ofrece. Todo VIH+ tiene el derecho de recibir tratamiento preventivo con INH después de haber descartado la existencia de tuberculosis activa.

En sus visitas del campo el equipo de evaluación ha observado que el personal que se dedica al diagnóstico y tratamiento de pacientes con tuberculosis ha recibido capacitación sobre consejería. Sin embargo se han notado, entre otros, los siguientes problemas:

- Inexistencia de una coordinación operativa entre los dos programas, resultando en la ausencia casi total de referencia y contrarreferencia de pacientes. Los pacientes con SIDA llegan frecuentemente tan tarde para el diagnóstico de sus tuberculosis que ya se mueren antes de haber podido iniciar su tratamiento.
- Limitaciones en el acceso a la prueba VIH por falta de reactivos.
- Reserva de ofrecer la prueba HIV por limitaciones en la oferta de tratamiento antirretroviral

Instituto Salvadoreño del Seguro Social - ISSS

Cubre entre el 12 y 15 % de la población en 4 Regiones con 66 Unidades Médicas, 39 Clínicas

Comunales y 9 Centros Hospitalarios, incluyendo 15 laboratorios.

El control de la tuberculosis forma parte de la Medicina Preventiva, Atención al Adulto Implementan 3,000,000 consultas anuales.

Desde 1998 existe una fuerte coordinación con el PCT y capacitaciones anuales por Región.

Su personal también ha participado en el Curso para profesionales de la UICTER. Siguen la normativa del PCT y tienen coordinador médico del programa en cada establecimiento.

Participan en el Comité Nacional Asesor.

Supervisan los establecimientos 2 veces al año pero todavía no existe un sistema de control de calidad del laboratorio (responsable ya recibió capacitación en el Laboratorio de Referencia Nacional)

La información sobre casos diagnosticados y los resultados del tratamiento se canalizan a través del nivel central a PCT.

En los primeros 2 trimestres de 2001 se han notificado 142 casos positivos.

Centros Penales

Existen en el país 19 Centros Penales con 9,529 reclusos en 2000. Los centros cuentan con 50 médicos y 50 enfermeras contratados.

En coordinación con el equipo central del PCT se han capacitado todos los equipos y siguen la Normas de Prevención y Control del PCT. La coordinación es con la Unidad de Salud local.

Todos los centros tienen la Guía de la OMS sobre Control de Tuberculosis en Centros Penales.

En 2001 fueron detectados 26 casos hasta la fecha (de los cuales 4 eran VIH+).

No hay investigación de contactos.

Sanidad Militar

No ha sido posible reunirse con los responsables del control de tuberculosis de la Sanidad Militar. El PCT tiene como reto para los próximos 5 años la expansión de la estrategia TAES/DOTS a 100% de los establecimientos de la Sanidad Militar.

Recomendaciones:

- *Establecer una fuerte coordinación entre los programas ITS/VIH/SIDA y el PCT, logrando la oferta continua de atención y de la prueba VIH (incluyendo consejería pre y post prueba) en el momento oportuno a todos los pacientes.*
- *Seguir y reforzar el proceso de coordinación y capacitación del personal del ISSS, Centros Penales y Sanidad Militar, incluso el acceso a los materiales educativos y de promoción.*
- *Impulsar el control de calidad de la baciloscopia en los establecimientos del ISSS e incluirles en los mensajes de televisión y radio.*

2.13 INVESTIGACIONES OPERACIONALES

A. HALLAZGOS

El PCT ha desarrollado un ambicioso programa de investigaciones operacionales relacionados

con retos identificados en el fortalecimiento del programa y la expansión de TAES/DOTS en los últimos tres años. Algunas investigaciones ya han comenzado y otras están en fase de planificación. Es loable que el PCT haya organizado equipos de investigación por un sistema transparente de licitación y contratación de consultores para el desarrollo y la implantación de proyectos de investigación. Además significa que hay interés y colaboración de nuevos socios, como en las universidades, significando un buen e importante avance para la sostenibilidad de actividades de investigación y análisis.

Sin embargo, parece que el PCT trata de elaborar y implantar proyectos demasiado rápido sin la suficiente ayuda técnica externa o interna para la revisión de protocolos de investigación. Con todos los colaboradores que ya están involucrados en el apoyo técnico general al programa, hay mucha experiencia en asuntos de investigaciones de lo cual el programa pueda beneficiarse.

Otra preocupación es si el equipo central con todas las actividades que están programadas para los próximos meses en capacitación, supervisión, etc., tiene suficiente tiempo disponible de participar adecuadamente en la finalización y el análisis de los estudios. Se debe dar prioridad a los estudios más relevantes y hacer una programación adecuada y balanceada para los próximos seis meses. El hecho que el proyecto de USAID termina en septiembre ofrece una oportunidad para presentar los resultados de las investigaciones hechas en la evaluación propuesta para el final del proyecto. Con todos los diferentes actores principales que estarán involucrados en esta evaluación, el PCT puede estimular futuras acciones que tienen su base de evidencia en recomendaciones que vienen de estos estudios. Parece que hay pocos otros programas en el país con esta visión y capacidad.

Estudios específicos hechos o planificados durante los últimos 12 meses:

1. Estudio de causas de abandono

El grupo evaluador recibió el informe final de este proyecto elaborado por un grupo de investigadores de una universidad, contratado por el PCT. Aunque el objetivo es relevante e importante (ayuda a disminuir la tasa de abandono, superior al 5%), se han notado varias deficiencias en la metodología y el análisis ofrecido. Además, el programa ya disminuyó bastante la tasa de abandono durante el año pasado por la buena implantación de TAES.

El equipo evaluador enviará separadamente comentarios informales sobre la calidad y conclusiones de este estudio, refiriéndose especialmente al diseño del estudio, la metodología de análisis estadístico y limitaciones en las conclusiones ofrecidas.

2. Estudio sobre los resultados de la campaña masiva de IEC

En 2000, el PCT hizo la primera ronda de comunicaciones por radio y televisión sobre la tuberculosis y su control. La campaña duró un mes. Tres meses después los socios del programa entrevistaron un total de 918 sintomáticos respiratorios detectados en servicios de salud en áreas urbanas y rurales, determinando que un 77% escuchó, vio o leyó mensajes. 23% de los pacientes que se presentaron a las unidades de salud para exámenes de baciloscopía se sintieron motivados por los mensajes y 12.5% por las charlas dadas en las unidades de salud.

Existen planes para repetir el estudio el próximo año.

3. Estudio sobre la prevalencia de resistencia a los fármacos anti-tuberculosos entre pacientes nuevos bacilíferos y los retratados

El estudio es una prioridad para el programa y está en proceso. Parece que está desarrollándose adecuadamente, aunque requiere un gran esfuerzo del laboratorio central y de los servicios responsables de llenar la historia clínica de los pacientes y preparar y enviar muestras. Hay una buena colaboración entre todos involucrado en este estudio.

Están siguiendo los siguientes pasos:

- a. Diseño del protocolo (con ayuda de la OPS y la Dra. I. Cantor, Consultora).
- b. Formación del personal en la colección de muestras y el llenado de la historia clínica y iniciación de la colección
- c. Instalación del sistema computarizado y estandarizado de la OMS/UICTER para asistir el análisis de datos
- d. Compra de equipamiento y insumos necesarios.
- e. Certificación de métodos técnicos por INPPAZ hasta que se cerró el Instituto.
- f. Continuación con apoyo del laboratorio supra-nacional de Chile.
- g. Organizar una visita de monitoreo de la recolección de muestras y historias clínicas (por la OPS – no se ha hecho todavía).

Algunos resultados preliminares están presentados en el capítulo sobre epidemiología. El Equipo observó que, según el protocolo, el numero de casos de retratamiento puede ser tan bajo que se limita la posibilidad llegar a conclusiones estadísticamente validas.

4. Estudio de prevalencia de VIH dentro de los casos de tuberculosis

En el año pasado había un importante avance en la disponibilidad de recursos para el examen de pacientes diagnosticados con tuberculosis para la presencia de infección por VIH. El grupo evaluador ha visto que en la mayoría de unidades visitadas (pero no todas), los servicios están ofreciendo el examen ELISA y los pacientes están aceptando el examen.

Con esta situación el PCT está empezando un análisis de los datos nacionales sobre la prevalencia de VIH dentro de los casos de tuberculosis notificados.

El equipo evaluador no revisó el plan para este estudio con el equipo nacional y por eso no puede comentar sobre los detalles técnicos del trabajo. Sin embargo, el equipo está de acuerdo que estos datos son importantes y pueden generar información para planificar actividades apropiadas con el programa ITS/HIV/SIDA.

5. Estudio de letalidad por tuberculosis.

En los últimos años el PCT ha notado una alta tasa de letalidad entre los pacientes notificados con tuberculosis. Las últimas tres cohortes (1998-2000) llegaron a un promedio de 6.0%. El propósito de la investigación es de conocer las circunstancias de cada paciente que murió durante el tratamiento y evaluar que porcentaje está relacionado directamente con su enfermedad por tuberculosis o por otra causa.

Una suposición también compartida por el grupo evaluador, es que una gran proporción de la letalidad puede ser relacionada con la epidemia de VIH/SIDA.

El estudio de prevalencia de VIH y el estudio sobre letalidad pueden ayudar el programa y al programa de SIDA de justificar y evaluar estrategias apropiadas para extender acceso al diagnóstico gratuito de VIH y prevención y tratamiento de infecciones oportunistas entre personas VIH+.

6. Estudio de evaluación del curso Monográfico de TB dado en 2000 y 2001 a los especialistas neumólogos del MSPAS e ISSS

Este estudio todavía se encuentra en una etapa incipiente de desarrollo.

B. ROL DE USAID

El apoyo de USAID ha hecho posible los avances en la extensión de TAES/DOTS y la resolución de problemas de escasez de insumos básicos que obstaculizaron las intervenciones. Como resultado el PCT tenía más posibilidades de identificar los retos de los puntos fundamentales de TAES y desarrollar investigaciones para dar respuestas. El apoyo directo para investigaciones ofrece al programa la posibilidad de colaborar con investigadores y generar interés en los grupos universitarios para la tuberculosis. El grupo de colaboradores externos (OPS/OMS, CDC, UICTER, etc.) involucrados, parcialmente con recursos de USAID, están preparadas para ayudar al PCT, aún más, en la revisión de protocolos y análisis de resultados.

El apoyo adicional dado por USAID y disponible vía la TBCTA ofrece una nueva oportunidad de involucrar más colaboradores. Eso es especialmente importante dado el apoyo necesario para planificar e implementar un estudio de R.A.I. en los próximos año(s).

Recomendaciones:

- *Continuar con la excelente base ya establecida para coordinar investigaciones operacionales con la implantación de TAES/DOTS y los retos identificados. También continuar de estimular nuevos socios, Academias, otros programas y colaboradores externos para las investigaciones.*
- *Asegurar que las investigaciones estén priorizadas y organizadas en una forma que permite que el trabajo esencial del equipo del PCT y del personal de los servicios continúe y no sufra por la carga creada por las investigaciones.*
- *Organizar un estudio de Riesgo Anual de Infección en 2002 (Vea la justificación en los capítulos sobre epidemiología y sobre la detección de casos)*
- *Utilizar el fin del proyecto de USAID en septiembre 2002 y la evaluación programada, como la oportunidad de diseminar los resultados y las recomendaciones de las investigaciones operacionales terminadas en este momento, y movilizar recursos y colaboración entre instituciones para trasladar las recomendaciones en estrategias y/o intervenciones para resolver los problemas identificados.*
- *Discutir el desarrollo del Estudio de Resistencia con expertos internacionales para garantizar que sus resultados pueden ser incluidos en el Estudio Internacional de la OMS/UICTER.*
- *Organizar un taller entre el PCT y el programa ITS/VIH/SIDA una vez concluido los estudios de la co-infección VIH-TB y de la letalidad, para identificar actividades juntas específicas (p.e. diagnóstico temprano, tratamiento -preventivo-, consejería etc.) a desarrollar. Incluir en las discusiones las experiencias ya adquiridas en los proyectos de apoyo al VIH-SIDA de USAID.*

2.14 PLANES FUTUROS

Las perspectivas de consolidar los logros obtenidos del PNT de El Salvador en la aplicación de la estrategia DOTS/TAES, son reales y optimistas. La TB está considerada una prioridad por las autoridades nacionales de salud y por otras instituciones del sector. El suministro de los medicamentos, el funcionamiento de la red de laboratorios, pago de personal y mantenimiento de la infraestructura están garantizados con los recursos del presupuesto nacional.

El PNT ha preparado un plan de actividades para realizarse en el período Enero-Septiembre de 2002, el que fue revisado por los consultores. El plan tiene 4 componentes: Capacitación, Asistencia a la Red de Laboratorios, Supervisión/Información y promoción de la Salud. El Equipo de evaluación está muy de acuerdo con la gran mayoría de las actividades propuestas y tiene las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones:

- *Introducir las siguientes adaptaciones al Plan de Acción enero-septiembre 2002:*
 - a. *Utilizar los recursos capacitados de los SIBASIs para la capacitación del personal de ISSS, Sanidad Militar, Centros penales y ONGs.*
 - b. *Visitar México en vez de Perú por el cambio en la gerencia alta del Programa de Control de Tuberculosis en el último país. Además realizar participación equitativa en eventos internacionales entre el personal del PNT.*
 - c. *No presupuestar la participación en las evaluaciones Latinoamericanas del programa de TB ya que la participación no lleva costos para el proyecto de USAID (costos asumidos por la OPS).*
 - d. *Programar y presupuestar para la preparación de una Memoria Final del Proyecto, incluyendo una reunión de presentación y discusión.*
 - e. *Realizar un inventario de Equipos de Computo en los SIBASIs para el registro de todos los recursos y ponerlos en función de una red integral nacional.*
 - f. *Prolongar los contratos del personal a nivel nacional con recursos USAID bajo el compromiso que el MSPAS asume la responsabilidad de continuar su contratación con recursos propios después de la terminación del Proyecto USAID.*
 - g. *No realizar la compra de vehículos para los equipos regionales de supervisión en esta etapa incipiente de la conformación de los mismos.*
 - h. *Incluir la preparación del estudio RAI en las actividades para este período.*
- *Preparara un Plan Estratégico de Desarrollo a mediano plazo 2002-2006.*
- *Preparar un Plan de Actividades para todo el año 2002. El Plan de Acción enero-septiembre 2002 puede formar parte de este Plan.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PRINCIPALES

El Sistema Nacional de Salud se encuentra en proceso de reestructuración en el cual, la conformación de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) es un pilar fundamental. El Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PCT) ha enfrentado el desafío de introducir la estrategia TAES/DOTS (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), adaptándose a la nueva estructura de los SIBASI. El PCT está recibiendo desde el 1 de julio de 1999 apoyo financiero de USAID, canalizado a través de la OPS.

En los párrafos siguientes el Equipo de Evaluación Externa presenta las conclusiones de su trabajo, siguiendo el esquema sugerido por los componentes de la estrategia DOTS/ TAES.

Compromiso político

El compromiso político forma la base para la implantación y el sostenimiento exitoso de TAES. El Equipo de Evaluación evidencia en sus entrevistas con los funcionarios del nivel central y de los SIBASI que este compromiso existe en todos los niveles. Este compromiso político se traduce en el pago de los medicamentos anti-tuberculosis y en la voluntad expresada por el nivel más alto del MSPAS de responsabilizarse gradualmente en los gastos personales del equipo central, hasta este momento asumidos por USAID.

Diagnóstico por baciloscopia de los Sintomáticos Respiratorios con control de calidad

El país esta cubierto por una red de laboratorios que funciona con personal capacitado y un equipamiento adecuado. Se realizan controles de calidad con resultados satisfactorios. Las deficiencias son corregidas y el re-adiestramiento se ofrece si es necesario. En el año 2001 el Laboratorio Central de Referencia no ha realizado controles de calidad porque el estudio de resistencia de drogas anti TB requiere demasiado tiempo.

La captación de sintomáticos respiratorios se incrementó de 809/100,000 habitantes en 1997 a 885/100,000 habitantes en 2000, superior a la meta internacional de 500/100,000 habitantes. La concentración de laminas examinadas es 2.1 por sintomático con una positividad de 2.4%.

El número de casos nuevos positivos muestra una tendencia bajante de 18/100,000 (1998) a 16/100,000 (2000). Lo mismo se observa para el total de casos: de 28/100,000 en 1998 a 24/100,000 en 2000. De acuerdo a los cálculos de la OMS, la tasa de detección de casos nuevos positivos es 55% , pero desafortunadamente no existen estudios de Riesgo Anual de Infección y/o de prevalencia para valorarlo. En la opinión del Equipo de Evaluación la tasa de detección es posiblemente más alta que el 55% estimado, acercandose así a la meta internacional de 70%.

Tratamiento estrictamente observado con régimen estandarizado

Generalmente los regímenes de tratamiento son respetados en todos los establecimientos, no solamente en el MSPAS, sino también los del ISSS y de los centros penales. El tratamiento es supervisado durante todo el período. En la gran mayoría de las veces, la supervisión es

realizada por el personal de las Unidades de Salud. Sin embargo, en algunos establecimientos (especialmente hospitales), se aplica el tratamiento auto-administrado y no se respetan los regímenes de tratamiento para niños. En zonas apartadas hay incipientes experiencias con observación por líderes comunitarios y/o promotores de salud.

La tasa de éxito del tratamiento (curados y completos) se incrementó de 68.6% en 1997 a 85.0% en 2000. Algunos pacientes están excluidos erróneamente del análisis de cohorte pero eso no influye en el resultado que cumple con la meta internacional. El PCT ha logrado esta mejoría reduciendo las tasas de traslado (de 15.4% en 1997 a 2.2% en 2000) y de abandono (de 11.3% en 1997 a 5.8% en 2000). La reducción de la tasa de traslado se realizó por la implantación de un excelente sistema de referencia entre los diferentes niveles del sistema de salud, utilizando en forma óptima las formas de comunicación existentes (teléfono, fax, cartas) y un control estricto de verificación. La disminución de la tasa de abandono se debe más que todo a la supervisión estricta y acción inmediata cuando un paciente no aparece para la recepción de sus medicamentos. La entrega de una canasta de alimentos como incentivo para el cumplimiento estricto con el tratamiento también tiene un impacto positivo.

La tasa de mortalidad es cerca 6% en los últimos tres años, una tasa relativamente alta. El Equipo de Evaluación consideró como una posible causa, la referencia tardía de los pacientes VIH+ para su diagnóstico y tratamiento.

El PCT está realizando estudios sobre el abandono y el fallecimiento para generar datos que puedan todavía mejorar más la tasa de éxito del tratamiento.

Provisión sin interrupción de medicamentos

El Equipo de Evaluación evidencia que los tratamientos siempre estuvieron disponibles para los pacientes. Los medicamentos son comprados con fondos propios del Gobierno según los criterios para la adquisición de Medicamentos e Insumos Médicos. El sistema no permite la creación de un estoque de reserva. Los SIBASI (con el apoyo del equipo central del PCT) hacen anualmente una estimación de las cantidades necesarias. Esta estimación se hace todavía con base al número de Sintomáticos Respiratorios estimados y no al número esperado de pacientes con TB. Eso ha resultado en un sobre-estoque de algunos medicamentos y un riesgo de vencimiento antes de su uso. La licitación está restringida para compañías nacionales y resulta en precios superiores a los precios pagados en este momento en el mercado internacional. El MSPAS está gestionando para iniciar compras por medio del Fondo Rotatorio de la OPS y reducir los costos. Adquisiciones por este Fondo crea la posibilidad de comprar medicamentos combinados, una forma recomendada por la OMS, pero todavía no disponible en El Salvador.

Sistema de registro y notificación para monitoreo y evaluación

El PCT ha realizado con éxito la implantación integral del sistema internacional de registro e notificación. Ha incluido en este sistema algunos elementos adicionales que le permite monitorear y evaluar con detalle el desarrollo del Programa. El análisis de los datos se hace en reuniones trimestrales al nivel operacional y en reuniones semestrales de evaluación al

nivel de los SIBASI. En general, existe un conocimiento adecuado en todos los niveles sobre los elementos claves del sistema.

Hay otros elementos importantes para el desarrollo del PCT durante los últimos años.

Unidad Central

Ha sido posible conformar un equipo de seis personas al nivel central del PCT. Tres de estos recursos son pagados con los fondos del USAID y tienen una dedicación exclusiva para el programa. Su permanencia ha tenido un buen impacto al desarrollo del programa y muestra la necesidad de tener personal exclusivo para los programas especiales de prioridad. Además, ha favorecido el apoyo del Director Nacional y su buena relación con las autoridades superiores del MSPAS. La conclusión del apoyo de USAID en septiembre 2002 requiere una transferencia de contratación del personal actualmente pagado por USAID. Esta transferencia va a contribuir en la sostenibilidad del programa a mediano plazo.

Capacitación / Supervisión

Todo el personal de salud a nivel nacional, SIBASI y local ha recibido capacitaciones sobre la estrategia TAES y las normas del PCT según un Plan de capacitación. Este Plan contiene todos los elementos requeridos (grupo objeto, objetivos, metodología, cronograma). El equipo del nivel central también ha organizado capacitaciones para el personal del ISSS, los médicos y enfermeras de los cárceles y del sector militar y los docentes de las Universidades y Escuelas de enfermería. Personal del nivel central y algunos SIBASI ha participado en cursos internacionales. Las capacitaciones han tenido un impacto positivo en los conocimientos, actitudes y habilidades del personal, como evidenció el equipo de Evaluación en sus visitas al campo. La mayor carga de las capacitaciones en 2001 pesa todavía sobre el equipo del nivel central, aunque equipos de los SIBASI ya recibieron sus cursos en el 2000.

La misma apreciación es válida con respecto a la supervisión: Un mejoramiento considerable en la cobertura y calidad de las supervisiones pero la mayor carga está con el equipo del nivel central. Una observación adicional es que los equipos escriben los informes de supervisión, pero estos no siempre son disponibles en los niveles periféricos.

Existen planes para la conformación de Equipos Regionales de Supervisión. No estuvo claro para el Equipo de Evaluación, cómo el papel de estos equipos se relaciona con las responsabilidades de los equipos al nivel de los SIBASI.

Coordinación con otros programas y sectores

La coordinación con otros programas y sectores muestra un panorama diverso.

La coordinación con los hospitales se ha mejorado mucho. El sistema de referencia y contrarreferencia funciona y los hospitales siguen las normas del PCT. El Hospital Neumológico funciona como centro de referencia nacional y sigue integralmente las normas del PCT. El hospital Neumológico además funciona como centro de tratamiento para los

pacientes con tuberculosis multi-resistente.

También con el ISSS, los Centros Penales y la Sanidad Militar existen buenas formas de coordinación. Su personal ha participado en cursos de capacitación, existen sistemas de notificación (centralizado para el ISSS y descentralizado para los Centros Penales) y las instituciones participan en el Comité Asesor Central.

La coordinación con las Universidades y las Escuelas de Enfermería es un ejemplo para el mundo: Capacitación del personal docente en las normas nacionales del PCT e inclusión de las mismas en el currículo regular.

Sin embargo, la coordinación con el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA todavía no es adecuado. El PCT ha participado en la preparación del componente sobre tuberculosis en el Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y Control de ITS/VIH/SIDA 2001-2004. En adición, existe el derecho de la prueba HIV para todos los pacientes con tuberculosis después de consejería. El Equipo de Evaluación ha notado que no existe una coordinación operativa entre los dos programas, resultando en la ausencia casi total de referencia y contrarreferencia de pacientes y a consecuencia de ello, la detección y atención tardía de los pacientes con SIDA y TB. También existen limitaciones en el acceso a la prueba VIH por falta de reactivos y por reserva en el personal de ofrecer la prueba sin poder garantizar un tratamiento antirretroviral en casos necesarios.

Información, educación y comunicación

El componente de IEC se ha desarrollado desde la base. En muy poco tiempo se han publicado mensajes por varios medios, disponibles en todos los centros asistenciales en el país del MSPAS. Se han capacitado el personal adecuadamente en su uso y ha generado una sensibilización en la comunidad bastante favorable para continuar las actividades del programa. Falta mencionar en los mensajes los otros sectores con los cuales el programa coordina.

Otros

El PCT está impulsando varios estudios operacionales, relevantes para guiar el futuro desarrollo del programa. No siempre se ha utilizado la experticia internacional disponible para escribir los protocolos de los estudios resultando en algunas fallas metodológicas.

El programa se ha beneficiado de una gran cantidad de asistencia técnica de buena calidad tanto para la implantación general de la estrategia TAES, el laboratorio como la capacitación.

La OPS ha administrado los fondos de USAID en forma transparente. La comunicación entre OPS-El Salvador y USAID-El Salvador no siempre ha sido oportuna.

CONCLUSIONES FINALES

- El PCT ha realizado una implantación rápida y de muy buena calidad de la estrategia TAES - DOTS;
- El apoyo de USAID, canalizado y garantizado a través de la OPS, ha tenido un impacto positivo e importante;
- Los desafíos futuros para el PCT incluyen la continuación del buen desarrollo y un refuerzo donde será necesario, la adaptación al cambiante sistema de salud y la sostenibilidad del programa a mediano plazo.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES

- Mantener la continuidad del equipo central del PCT.
- Adaptar el PCT a la situación cambiante, con enfoque sobre responsabilidad para la capacitación y supervisión.
- Efectuar y profundizar la coordinación con ITS/VIH/SIDA
- Realizar el estudio nacional de RAI
- Garantizar el Control de calidad de la red de laboratorios TB

PASOS FUTUROS

- PLAN A MEDIANO PLAZO 2002-2005
- PLAN A CORTO PLAZO 2002
- PLAN PROYECTO USAID HASTA SEPTIEMBRE 2002